



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Aleitamento Materno:**

**Projeto de Promoção no Hospital de Santarém**

**Ana Maria Violante Gomes Oliveira de Carvalho**

Orientação: Maria Otília Brites Zangão

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2013

## **Agradecimentos**

**Concluído o projeto a que me dediquei nos últimos meses, agradeço a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para que chegasse ao fim.**

**Agradeço à Professora Otília Zangão pela orientação recebida, sugestões, críticas e disponibilidade constante para a concretização deste trabalho.**

**Agradeço à minha família, aos amigos e aos colegas pelo suporte emocional, incentivo e estímulo.**

**Por fim, agradeço a todas as grávidas pois sem elas não teria sequer começado...**

## **RESUMO**

### **Título: - Aleitamento Materno: projeto de promoção no Hospital de Santarém**

O trabalho de projeto “Aleitamento Materno: projeto de promoção no Hospital de Santarém” teve como objetivo geral promover o aleitamento materno no Hospital de Santarém e como objetivos específicos:

- Promover o contacto pele a pele durante 30’ como parte integrante dos cuidados imediatos ao recém-nascido no Bloco Operatório de Obstetrícia;
- Desenvolver competências na área do aconselhamento em Aleitamento Materno;
- Criar espaço de apoio e de aconselhamento em Aleitamento Materno.

Identificaram-se as atitudes dos profissionais de saúde face ao Aleitamento Materno e realizaram-se sessões de formação em serviço aos mesmos e de educação para a saúde a grávidas dos cursos de preparação para o parto, sobre contacto pele a pele. Foi lecionado um “Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno”. Estas ações permitiram atingir os dois primeiros objetivos. Não foi possível criar espaço de apoio e de aconselhamento em Aleitamento Materno.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno, contato pele a pele

## **ABSTRACT**

### **Title: Breastfeeding: promotion project for Hospital de Santarém**

The work project entitled "Breastfeeding: promotion project for Hospital of Santarém" had the general objective to promote breastfeeding at Hospital of Santarém and had as specific objectives:

- to promote skin to skin contact for 30 minutes as part of the immediate new born care procedures for the obstetrics operations room
- to improve breastfeeding advice competences
- to establish a counsel and support area on breastfeeding

Breastfeeding health professionals attitudes were identified and were held training sessions for the same service and health education on skin on skin contact to pregnant women in childbirth preparation courses. A "Promotion and Supporting Breastfeeding Course" was provided to health professionals. These actions allowed achieving the first two objectives. Unable to establish a counsel and support area on breastfeeding.

**Key words:** Breastfeeding, skin-to-skin contact.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. ANÁLISE DO CONTEXTO .....	13
2.1 Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final.....	13
2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos .....	16
2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências .....	18
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES .....	21
3.1 Caracterização geral da população/utentes .....	21
3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo .....	28
3.3 Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo.....	39
3.4 Recrutamento da população-alvo .....	43
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS .....	44
4.1 Objetivos da intervenção profissional .....	44
4.2 Objetivos a atingir com a população-alvo .....	45
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES .....	47
5.1 Fundamentação das intervenções .....	47
5.2 Metodologias .....	51
5.3 Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas .....	53
5.4 Recursos materiais e humanos envolvidos .....	55
5.5 Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas .....	56
5.6 Análise da estratégia orçamental.....	56
5.7 Cumprimento do Cronograma.....	57
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO .....	59
6.1 Avaliação dos objetivos .....	59

6.2 Avaliação da implementação do programa .....	60
6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas .....	61
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....	60
8. CONCLUSÃO .....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
APÊNDICES .....	71
Apêndice 1 - Organograma do Hospital Distrital de Santarém, EPE .....	72
Apêndice 2 - Pedido e autorização de aplicação de questionário de Avaliação de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno .....	74
Apêndice 3 - Questionário de Avaliação de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno .....	76
Apêndice 4 - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno .....	81
Apêndice 5 - Proposta de Trabalho de Projeto .....	83
Apêndice 6 - Declaração de Aceitação de Orientação .....	88
Apêndice 7 - Plano da sessão de formação em serviço “Contato pele a pele” .....	90
Apêndice 8 - Norma de Serviço – Adaptação à vida extra uterina .....	92
Apêndice 9 - Proposta de alteração à norma de serviço – Adaptação à vida extra uterina .....	103
Apêndice 10 - Declarações comprovativas da realização de sessões de educação para a saúde “Contacto pele a pele”.....	107
Apêndice 11 - Apresentação em <i>Powerpoint</i> utilizada nas sessões de educação para a saúde "Contacto pele a pele".....	116
Apêndice 12 - Cartaz de divulgação do Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno .....	119
Apêndice 13 - Apresentação em <i>Powerpoint</i> utilizada na sessão de formação em serviço "Contacto pele a pele".....	121
Apêndice 14 - Plano do "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno" - Folhas de resumo, sumários e presenças .....	127

Apêndice 15 - Questionário de avaliação da sessão de formação em serviço “Contacto pele a pele” .....	133
Apêndice 16 - Questionário de avaliação do “Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno” .....	136
Apêndice 17 - Pedido de autorização para implementação do Trabalho de Projeto ao Conselho de Administração do HDS, EPE .....	139
Apêndice 18 - Pedido de autorização para implementação do Trabalho de projeto ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES Lezíria .....	142

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição do movimento de partos do Hospital Distrital de Santarém.....	15
Tabela 2 - Distribuição dos Enfermeiros pelos Serviços do DMC .....	22
Tabela 3 - Distribuição da amostra por Idades e por Categoria Profissional.....	23
Tabela 4 - Distribuição da amostra por Estado Civil e Categoria Profissional.....	24
Tabela 5 - Distribuição da amostra por Habilitações Literárias e Categoria Profissional .....	24
Tabela 6 - Distribuição da amostra por Tempo de Profissão e Categoria Profissional.....	26
Tabela 7 - Distribuição da amostra por Categoria Profissional e Experiência em AM.....	26
Tabela 8 - Consistência interna do Questionário de Avaliação das Atitudes dos profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno.....	32
Tabela 9 - Distribuição dos valores médios das dimensões de atitudes da escala. ....	32
Tabela 10 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com o sexo .....	33
Tabela 11 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com a idade dos elementos da amostra.....	33
Tabela 12 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com o estado civil dos elementos da amostra.....	34
Tabela 13 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com a categoria profissional.....	34
Tabela 14 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com a existência de formação em AM.....	35
Tabela 15 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com o tipo de formação em AM .....	35
Tabela 16 – Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com a categoria profissional dos Enfermeiros.....	36
Tabela 17 - Distribuição do valor médio das atitudes de acordo com a Especialidade em Enfermagem .....	36
Tabela 18 - Distribuição dos valores médios das atitudes dos Médicos, de acordo com a especialidade clínica.....	37

Tabela 19 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com o tempo de profissão .....	37
Tabela 20 - Distribuição do valor médio das atitudes de acordo com o local de trabalho.....	38
Tabela 21 - Valores médios de atitudes dos profissionais de acordo com a existência de filhos .....	38
Tabela 22 - Valores médios de atitudes dos profissionais de acordo com a experiência em AM .....	39

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da população da região da Lezíria do Tejo por concelho.	14
Figura 2 – Distribuição dos enfermeiros por área de especialidade e local de trabalho .....	25
Figura 3 - Quadro de agrupamento das atitudes dos profissionais de saúde face ao Aleitamento Materno (adaptado Marinho, 2003) .....	30

## 1. INTRODUÇÃO

A prevalência do Aleitamento Materno (AM) tem sido muito variável ao longo dos tempos, atingindo valores muito reduzidos nas décadas que se seguiram à II Guerra Mundial devido às alterações sociais e comportamentais que modificaram o estilo de vida das mulheres (OMS, 1982; Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares, & Gomes, 2006). Numa tentativa de promover mundialmente o AM a Organização Mundial de Saúde (OMS), através da declaração de Innocenti em 1990, estabeleceu que todas as mulheres devem praticar o AM exclusivo desde o nascimento até aos quatro ou seis meses de vida e continuar, em conjunto com uma alimentação complementar, até aos dois anos de vida. Foi também desta cimeira que surgiu o programa Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (IHAB) elegendo como meta possível que todos os países, até o ano de 1995, devem ter assegurado que as maternidades coloquem em prática todos os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno".

Tendo em atenção as diretrizes das diferentes organizações a promoção, proteção e suporte do AM devem ser realizados não só após o nascimento como durante a gravidez e mesmo durante o parto (OMS/UNICEF, 2009). Ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) compete, no âmbito da promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal, natal e pós natal a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM.

A elaboração do presente trabalho escrito surge integrado no Segundo Ciclo de Estudos em Enfermagem da Universidade de Évora, constituindo-se no Relatório a apresentar para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sob orientação da Senhora Professora Maria Otília Brites Zangão.

O relatório pretende ser um trabalho de descrição e reflexão pormenorizada, com recurso aos métodos de recolha de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio efetuado, o qual será alvo de defesa pública perante um júri. Mais do que uma mera descrição de atividades, um relatório deve permitir que, após a sua leitura, se fique elucidado relativamente às tarefas executadas, onde foram realizadas, às aprendizagens efetuadas e às dificuldades encontradas (Arco, 2010). Assim, este relatório tem como objetivo dar a conhecer as atividades realizadas para a concretização do trabalho de projeto com o título “Aleitamento Materno: projeto de promoção no Hospital de

Santarém”. Na sua concretização estabelecemos como objetivo geral promover o Aleitamento Materno no Hospital Distrital de Santarém, Entidade Pública Empresarial (HDS, EPE) e como objetivos específicos:

- Promover o contacto pele a pele (CPP) durante 30’ como parte integrante dos cuidados imediatos ao recém-nascido no Bloco Operatório de Obstetrícia (BOO);
- Desenvolver competências na área do aconselhamento em AM;
- Criar espaço de apoio e de aconselhamento em AM.

No seguimento desta introdução e a anteceder as referências bibliográficas e uma secção de Apêndices em que se agrega um conjunto de elementos acessórios para a compreensão da pesquisa empírica efetuada, o corpo principal do relatório compreende:

- Análise do contexto com uma breve descrição da instituição e enquadramento geo-demográfico do local onde se realizou o estágio – HDS, EPE e Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lezíria;
- Análise da população/utentes que foram alvo das intervenções realizadas, nomeadamente a equipa médica e de enfermagem do Departamento da Mulher e da Criança (DMC) do HDS, EPE;
- Análise reflexiva sobre os objetivos de intervenção profissional ou seja a promoção do AM no HDS, EPE, e os objetivos a atingir com a População alvo, designadamente a promoção do CPP no momento do nascimento, o desenvolvimento de competências em matéria de aconselhamento em AM;
- Análise reflexiva sobre todas as intervenções realizadas, e das quais destacamos as sessões de educação para a saúde e o "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno";
- Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo;
- Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas onde descrevemos os resultados alcançados.

Este relatório foi realizado seguindo as normas de publicação de trabalhos da American Psychological Association (APA), nas suas versões da 5ª e 6ª edições e o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e do Relatório Final do Mestrado em Enfermagem (Ordem de Serviço nº18/2010).

## 2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A nossa intervenção desenvolveu-se no HDS, EPE, mais concretamente no DMC e estendeu-se ao ACES Lezíria, abrangendo uma vasta área do distrito de Santarém. Procurando contextualizar a nossa ação, parece-nos pertinente caracterizar os ambientes onde ela decorre.

### 2.1 Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

O HDS, EPE situa-se na zona entre S. Domingos e Vale de Estacas, na cidade capital de Distrito. É um hospital público, diferenciado, de nível II segundo a complexidade, e de acesso universal que pertence à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT) e abrange a Região da Lezíria Tejo.

Em 2002, o HDS, EPE viu o seu estatuto ser alterado de Instituto Público para Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos, adotando desde então uma gestão de tipo empresarial. Em Dezembro de 2005, deu-se nova alteração, passando a Instituição a integrar o Sector Empresarial do Estado e a designar-se por Hospital Distrital de Santarém, EPE.

A sua área de referência (cerca de 3414 Km<sup>2</sup>) inclui 8 concelhos do distrito de Santarém, servindo uma população de aproximadamente 191.000 habitantes estando distribuída da seguinte forma: Santarém – 32,5%, Cartaxo – 12,8%, Almeirim – 12,2%, Coruche – 10,4%, Salvaterra de Magos – 11,6%, Rio Maior – 11,1%, Chamusca – 5,3% e Alpiarça – 4,1%, tal como se pode visualizar na figura 1.

Apesar do abrandamento do crescimento demográfico a nível nacional, verifica-se que na região da Lezíria do Tejo houve um aumento da população (+2,7%), resultante principalmente do aumento verificado nos municípios de Benavente (24,8%), Salvaterra de Magos (9,9%), Almeirim (6,5%), Azambuja (4,7%), Cartaxo (4,6%) e Rio Maior (0,4%). Sendo de salientar que Benavente e Azambuja não fazem parte da área de envolvimento do HDS, EPE. A região da Lezíria do Tejo apresenta uma densidade média populacional inferior à média do país, 114,5 habitantes/km<sup>2</sup>, com exceção do Cartaxo



**Tabela 1 - Descrição do movimento de partos do Hospital Distrital de Santarém**

<b>Movimento de Partos</b>			
Ano \ Partos	2012	2011	2010
Eutócicos	728	371	881
Cesarianas	382	408	384
Forceps	52	61	59
Ventosa	152	163	183
<b>Total de Partos</b>	<b>1314</b>	<b>1363</b>	<b>1507</b>

Fonte: Gabinete de Informação para a Gestão do HDS, EPE

O ACES Lezíria engloba os concelhos de Cartaxo, Golegã, Rio Maior, Santarém, Almeirim, Alpiarça, Chamusca, Coruche e Salvaterra de Magos abrangendo uma população de cerca de 196.616 habitantes e tendo uma densidade populacional de menos de 180 habitantes. /km<sup>2</sup>. Possui um total de 211.463 utentes inscritos, sendo que 17,5% não têm médico de família atribuído, valor abaixo da média dos restantes ACES da RSLVT. Dos utentes que acorrem ao HDS, EPE, a maioria (95,8%), provêm fundamentalmente da sua área de influência e não se verifica mobilidade entre as diferentes áreas. Os restantes utentes provêm de outros concelhos da Região da Lezíria do Tejo, como Benavente ou Azambuja (1,7%) e outras localidades (2,5%) (HDS, EPE, 2012).

O HDS, EPE procura ser um hospital de referência pela capacidade de resposta às necessidades dos utentes e pela qualidade técnica e humana dos profissionais criando soluções que permitam assegurar a prestação de melhores cuidados de saúde. Orientado para o doente tem por missão prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis, em tempo oportuno, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável (HDS, EPE, 2012).

O HDS, EPE possui uma rede de valências médicas, cirúrgicas e técnicas completa: medicina e cirurgia geral, cirurgia plástica e vascular, dermatologia, gastroenterologia, ginecologia, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, psiquiatria, urologia, cardiologia, neurologia, nefrologia, imagiologia, imunoterapia, fisioterapia e reabilitação. Com exceção de algumas especialidades, a rede de serviços é completa e semelhante à de um hospital geral. No

âmbito da referenciação materno infantil, o hospital caracteriza-se como hospital de apoio perinatal.

De forma a responder às solicitações dos utentes, funcionam na Urgência 24 sobre 24h, as especialidades de Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria. As restantes especialidades funcionam 12h por dia.

Tendo iniciado a sua atividade, no ano de 1985, com 240 camas, o Hospital conta atualmente com uma lotação de 416 camas com a seguinte afetação:

- Área médica/psiquiatria - 147 camas;
- Área Cirúrgica/UCI – 168 camas;
- Pediatria/Neonatologia/Berçário – 44 camas;
- Obstetrícia/Ginecologia – 46 camas.

De acordo com o Relatório de Gestão e Contas do HDS, EPE referente a 2012, o quadro do pessoal do HDS, EPE conta com e 1416 trabalhadores, entre os quais 122 Médicos, 475 Enfermeiros e 394 Assistentes Operacionais. Na estrutura funcional e hierárquica do HDS, EPE, nomeadamente na área de prestação de cuidados verificamos a existência de cinco Departamentos distintos: Médico, Cirúrgico, da Saúde da Mulher e da Criança, de Psiquiatria e Saúde Mental, e de Urgência. Em Anexo (Anexo 1) podemos ainda consultar quais os serviços que compõem as Áreas de Suporte à Prestação de Cuidados e de Apoio à Gestão e Logística. Interessa-nos em particular o DMC pois engloba os serviços de Pediatria, Neonatologia, Obstetrícia (internamento de grávidas e de puérperas), Ginecologia, Urgência Pediátrica e Bloco Operatório de Obstetrícia, Consulta Externa de Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria e ainda as Unidades Ecográficas e de Diagnóstico Pré Natal.

## 2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos

O Bloco Operatório de Obstetrícia (BOO) do HDS, EPE, encontra-se localizado no piso três, e é constituído pelo serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica e pelo Bloco de Partos, cuja missão, consiste na prestação de cuidados personalizados às grávidas em trabalho de parto, tornando o parto uma experiência única neste ciclo de vida da mulher/família.

A área afeta à Urgência Ginecológica e Obstétrica é constituída por uma sala de

admissão/triagem de enfermagem, dois consultórios médicos, uma sala de cardiocografia, (com capacidade para realizar dois registos em simultâneo) e um gabinete para realização de ecografias.

A área correspondente ao Bloco de Partos conta com três salas com capacidade para acolher cinco parturientes na fase de dilatação do trabalho de parto. Possui duas salas destinadas ao período expulsivo e duas salas de reanimação/prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (RN), uma sala de trabalho de Enfermagem com central cardiocográfica que permite uma vigilância contínua do trabalho de parto. Entre as duas salas destinadas ao período expulsivo, existem duas salas contíguas, uma de acondicionamento de material clínico e outra de desinfeção e equipamento do pessoal de Enfermagem e Médico. Nas salas de período expulsivo realizam-se, para além dos partos, pequenas cirurgias em situações do foro ginecológico. Existe uma sala de recobro de obstetrícia com três camas destinadas ao puerpério imediato, frequentemente ocupada por utentes, que apresentam outros diagnósticos do foro ginecológico ou obstétrico, provenientes da Urgência de Ginecologia e Obstetrícia.

O BOO conta ainda com o gabinete da Enfermeira Chefe, três gabinetes Médicos, uma sala de reuniões, uma copa, uma sala de arrumo de materiais de armazém, três casas de banho (uma das quais para o pessoal de serviço) e uma zona de sujos.

Em relação ao circuito realizado pela grávida/parturiente no BOO, esta é inicialmente triada e consultada na Urgência Obstétrica. Após decisão e realização do internamento pela equipa médica, a grávida/parturiente é encaminhada para o Bloco de Partos, onde é apresentada ao EESMO que ficará responsável pela prestação de cuidados durante esse turno. Seguidamente é feita uma breve apresentação física do serviço e da Equipa de Saúde presente. Após esta visita, é conduzida à sua unidade de internamento, onde irá decorrer a primeira fase do trabalho de parto e onde lhe serão prestados os cuidados de enfermagem necessários. Quando a parturiente entra no segundo estágio do trabalho de parto é encaminhada para a sala de período expulsivo, onde decorre também a terceira fase do trabalho de parto, enquanto se prestam os cuidados imediatos ao Rn na sala contígua. Após a dequitação, e episiorrafia (quando necessário), a parturiente passa para a sala de recobro, onde decorrerá o puerpério imediato, sob vigilância cuidada da equipa de Enfermagem. Durante o trabalho de parto e parto a parturiente pode estar acompanhada por uma pessoa da sua preferência.

Em relação aos recursos humanos, o BOO integra 17 EESMOs e 1 Enfermeiro

Graduado, liderados pela Enfermeira Chefe, também com a Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia. No turno da manhã e da tarde a equipa de enfermagem é constituída por três EESMOs e/ou um Enfermeiro Graduado e no turno da noite por dois EESMOs. A equipa de Enfermagem do BOO assegura também a Consulta Externa de Obstetrícia e o projeto “Barrigas e Bebés” na realização de cursos de preparação para o parto, sessões de recuperação pós parto e cursos de massagem infantil para pais.

A metodologia de trabalho adotada nesta unidade pela equipa de enfermagem é o método individual, apoiada por um conjunto de normas e protocolos de serviços que aumentam a autonomia do enfermeiro, ampliam a qualidade dos cuidados prestados, uniformizam os cuidados prestados pela equipa de saúde e facilitam a integração de novos elementos no serviço.

Em relação à equipa médica estão presentes três Médicos em cada “banco” de vinte e quatro horas.

A equipa de Assistentes Operacionais é composta por sete efetivos que asseguram o turno da manhã com dois elementos e os da tarde e noite apenas com um.

### 2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

O enfermeiro depara-se, no exercício da sua profissão, com a necessidade de apreender e desenvolver capacidades face às exigências, cada vez maiores, mais diversificadas e mais complexas, do seu desempenho. Ao longo do seu percurso profissional deve realizar formação que lhe proporcione a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de novas técnicas. Hesbeen (1998) refere que, a função principal desta formação reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquece-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido. Assim, deve adquirir todo um conjunto de competências, de modo a desenvolver um perfil profissional próprio, pela integração dos diversos saberes, como o saber, o saber ser, o saber estar e o saber fazer. Todos estes saberes são condutos obrigatórios para o saber transformar, que conduz ao desenvolvimento cognitivo e que, por sua vez, promove a qualidade no processo de cuidar no dia-a-dia do enfermeiro (Galhanas, 1997). Os Enfermeiros são profissionais de saúde cuja carreira e conteúdo

funcional se encontram definidos pelo Decreto-Lei n.º 437/91, parcialmente alterado pelos Decreto-Lei n.º 412/98 e 411/99. No que diz respeito ao conteúdo funcional de todas as categorias (artigo 7, alínea c) do Decreto-Lei n.º 437/91 faz parte a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos, que promovam o autocuidado do utente. Esta função aponta claramente para a realização de atividades de educação para a saúde.

Com a chegada do bebé, os pais alargam o seu funcionamento psíquico, com novas representações e significações, para assimilar o novo ser que é o filho. A parentalidade é um processo de manejo psíquico e afetivo de intensa adaptação, que permite ao homem tornar-se pai e à mulher mãe e responder às necessidades do bebé, corporais, afetivas e psíquicas. A mulher é quem mais suporta as transformações fisiológicas, que conduzem à modificação da representação de si e da sua imagem corporal e é também quem mais se irá ocupar do bebé. A sua capacidade maternal vai estar dependente, da relação que teve com a sua própria mãe, o pai, as pessoas que encontrou e que constituíram modelos relacionais identificativos (Leal, 2005) Neste sentido, a capacidade maternal pode ser influenciada pelos Enfermeiros com que a mãe se depara no decorrer da sua vigilância e assistência no período pré natal, parto e pós natal.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) e a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012) acrescentam que a confiança e a habilidade da mulher para cuidar e amamentar o seu bebé, e a habilidade do bebé para mamar podem ser fortalecidas ou diminuídas por cada um dos prestadores e pelo ambiente do nascimento. Refere ainda que a gravidez, o trabalho de parto, o nascimento e a amamentação são processos naturais que, na maioria dos casos, apenas necessitam da vigilância e apoio dos profissionais de saúde. Nos casos de baixo risco, estes deverão, preferencialmente, ser prestados por EESMOS (APEO & OE, 2012).

Segundo o Regulamento n.º 127/2011 o EESMO assume, no seu exercício profissional intervenções autónomas e interdependentes em situações de baixo, médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e patológicos e processos de vida normais e disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. O mesmo regulamento identifica o perfil de competências comuns do EESMO. Na realização do projeto a que este relatório se reporta, procurou-se ter uma intervenção abrangente de diferentes etapas do cuidar em obstetrícia: período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós natal, que permitisse o desenvolvimento do perfil do EESMO nas

seguintes competências:

1 - Durante o período pré-natal:

- Promover a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.
- Conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção do AM.
- Conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.

2 - Durante o trabalho de parto e adaptação do RN à vida extra uterina:

- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM.

3 - Durante no período pós-natal:

- Informar e orientar sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do RN, promovendo a decisão esclarecida.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM.

4 - Nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal: Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas corretivas ao processo de AM.

### 3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

A investigação toma sentido quando nos libertamos do senso comum pelo qual estamos impregnados e deixamos que alguém com experiência no assunto estudado nos relate essa mesma experiência. Esse alguém corresponde à população alvo que queremos estudar e que é definida por Fortin (1999, p. 202), como “uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”

#### 3.1 Caracterização geral da população/utentes

A população de referência deste relatório constitui-se em dois grupos major: a equipa de médica e de enfermagem do DMC do HDS, EPE e as grávidas a realizar Curso de Preparação para o Parto; as quais serão denominadas por População A e B respetivamente, de forma a facilitar a descrição e análise e das mesmas. Na fase de projeto considerou-se incluir a equipa de Assistentes Operacionais do BOO como População alvo do objetivo 1, mas por manifesta indisponibilidade tal não se verificou. Na promoção do CPP durante 30' como parte integrante dos cuidados imediatos ao RN no BOO a População definida constitui-se pela equipa Médica de Obstetrícia e de Pediatria do DMC e pela equipa de Enfermagem do BOO pois são estes os que, estabelecendo contacto direto com a mulher durante o nascimento, podem fomentar de forma sustentada a realização do CPP.

Para alcançar o segundo objetivo - desenvolver competências na área do aconselhamento em AM - a População alvo estabelecida reuniu a equipa de Enfermagem do DMC.

Não existindo a concretização da criação do espaço de apoio e de aconselhamento em AM, como adiante será justificado, a população de puérperas não foi caracterizada.

### *Caracterização geral da População A*

A equipa de saúde do DMC do HDS, EPE, inclui cerca de 22 Obstetras/ Ginecologistas, 20 Pediatras e 86 Enfermeiros. A equipa Médica distribui-se de acordo com as necessidades dos serviços e alterna o local da prestação de cuidados, motivo pelo que não consta da tabela de distribuição da equipa de saúde do DMC pelos diferentes serviços. A equipa de Obstetras e Ginecologistas assegura as seguintes valências:

- Obstetrícia I - Unidade de Internamento Materno-Fetal e Ginecologia;
- Obstetrícia II- Unidade de Internamento de Puérperas e Neonatologia,
- BOO - Bloco de Partos e Urgência de Ginecologia e Obstetrícia;
- Consulta Externa de Medicina Materno Fetal, Ginecologia, Senologia e Exames Especiais em Ginecologia;
- Centro de Diagnóstico Pré natal.

A equipa de Pediatras assegura as valências de:

- Internamento de Pediatria;
- Neonatologia; Urgência de Pediatria;
- Consulta Externa de Pediatria.

A equipa de Enfermagem distribui-se pelas diferentes unidades como se pode observar na tabela 2:

**Tabela 2 - Distribuição dos Enfermeiros pelos Serviços do DMC.**

<b>Distribuição de Enfermeiros</b>	
Obstetrícia I	14
Obstetrícia II/Neonatologia	20
BOO	18
Pediatria	13
Urgência de Pediatria	15
Consulta de Obstetrícia/Ginecologia	4
Consulta de Pediatria	2
Total	86

Com o propósito de caracterizar os aspetos sociodemográficos da População A do 1º Objetivo e da População alvo do 2º Objetivo foi utilizado um questionário de

autopreenchimento, anónimo, o qual pretendia caracterizar as variáveis sexo, idade, estado civil, profissão e categoria profissional, local de trabalho, anos de profissão, existência de filhos e experiência pessoal em AM (Anexo 3).

Segundo Fortin (1999), a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa seja representada. Utilizando uma amostragem não probabilística de conveniência, foram entregues questionários a todos os elementos da equipa Médica e de Enfermagem do DMC. O mesmo autor refere que a amostragem não probabilística é “um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”, e acidental porque é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (Fortin, 1999, p. 208).

A colheita de dados verificou-se entre abril e maio do corrente ano, e dos 128 questionários entregues foram devolvidos 104, o que corresponde a um total de 81,2%. O programa estatístico utilizado para efetuar o tratamento dos dados deste estudo foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.

Da aplicação do questionário concluímos o seguinte:

a) A equipa médica e de enfermagem do DMC é constituída por 88 elementos do sexo feminino, sendo que destes 27 são Médicos e 61 são enfermeiros. Dos 16 elementos do sexo masculino 9 são Médicos e 7 são enfermeiros.

b) Relativamente à idade, verifica-se que a média de idades é 42,3 anos com um desvio padrão de 11,99 e a moda de 54 anos. A distribuição da idade de acordo com a categoria profissional pode ser observada na tabela 3.

**Tabela 3 - Distribuição da Amostra por Idades e por Categoria Profissional.**

<b>Distribuição de Idades por Categoria Profissional</b>			
Idade	Categoria Profissional		Total
	Médico	Enfermeiro	
20 a 29 anos	8	4	12
30 a 39 anos	8	20	28
40 a 49 anos	4	25	29
50 a 59 anos	13	16	29
60 a 69 anos	2	2	4
Não respondeu	1	1	2
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>67</b>	<b>104</b>

- c) Relativamente ao estado civil concluímos que a grande maioria, 68 (65,4%), dos Médicos e Enfermeiros são casados seguindo-se o grupo dos solteiros com 27 (26%) e dos divorciados com 8 (7,7%). O grupo dos viúvos é representado apenas por um elemento (0,9%).

**Tabela 4 - Distribuição da amostra por Estado Civil e Categoria Profissional.**

Distribuição do Estado Civil por Categoria Profissional			
Estado Civil	Categoria Profissional		Total
	Médico	Enfermeiro	
Solteiro	14	13	27
Divorciado	0	8	8
Casado/União de fato	22	46	68
Viúvo	0	1	1
Total	36	68	104

- d) Quanto às habilitações literárias verifica-se a existência de 4 Enfermeiros com o Bacharelato. A distribuição da equipa de acordo com as habilitações literárias pode ser observada na tabela 5.

**Tabela 5 - Distribuição da amostra por Habilitações Literárias e Categoria Profissional.**

Distribuição das Habilitações Literárias e Categoria Profissional			
Habilitações Literárias	Categoria Profissional		Total
	Médico	Enfermeiro	
Bacharelato	0	4	4
Ensino Superior/Licenciatura	29	59	88
Mestrado	7	5	12
Total	36	68	104

- e) A equipa Médica do DMC é constituída por um total de 36 elementos, sendo que 18 são Obstetras/Ginecologistas, 13 são Pediatras, um é Clínico Geral, dois são Internos do Ano Comum e 2 são Internos da Especialidade.
- f) A equipa de enfermagem é constituída por 68 elementos: 30 (50,2%) Enfermeiros de Cuidados Gerais, 29 (49,8%) Enfermeiros Especialistas (nove Enfermeiros não responderam à questão sobre categoria profissional).

A especialidade mais representada é a de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia com 17 (16,3%) Enfermeiros seguida de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria com 10. A distribuição dos Enfermeiros Especialistas de acordo com a especialidade e o local de trabalho pode ser observada na figura 2.

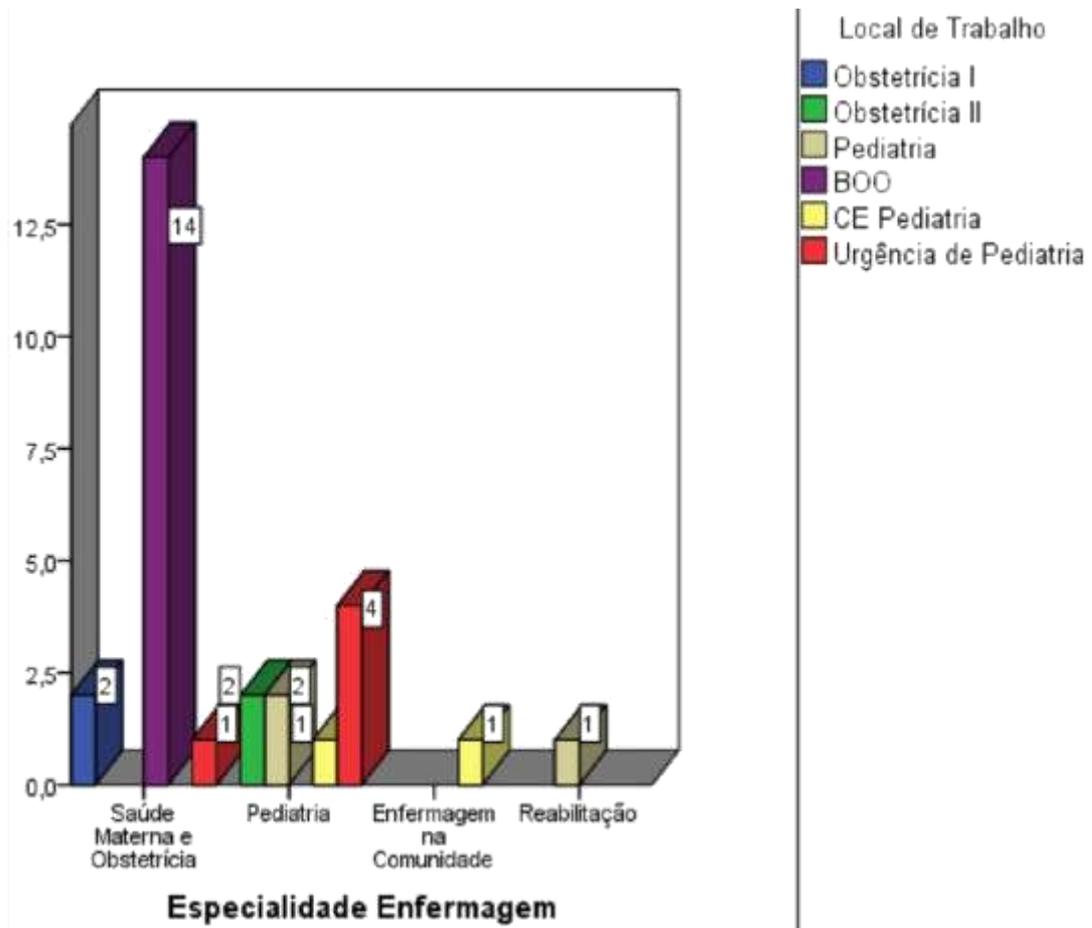


Figura 2 – Distribuição dos enfermeiros por área de especialidade e local de trabalho.

- g) Relativamente ao tempo de profissão, a equipa Médica e de Enfermagem distribui-se de acordo com a tabela 6, constatando-se que 40 (38,5%) elementos têm mais de 25 anos de serviço.

**Tabela 6 - Distribuição da amostra por Tempo de Profissão e Categoria Profissional.**

<b>Tempo de profissão por Categoria Profissional</b>			
Tempo de profissão	Categoria Profissional		Total
	Médico	Enfermeiro	
< 5 anos	7	3	10
5-9 anos	5	7	12
10-14 anos	2	9	11
15-19 anos	1	17	18
20-24 anos	3	8	11
25-29 anos	8	11	19
> 30 anos	9	12	21
Não respondeu	0	2	2
Total	35	67	104

h) Quanto à experiência em AM verifica-se que 61 dos 67 (64,4%) profissionais com filhos, amamentaram durante mais de 4 semanas.

**Tabela 7 - Distribuição da amostra por Categoria Profissional e Experiência em AM.**

<b>Distribuição da Categoria Profissional por Experiência em AM</b>			
Categoria Profissional	Filhos amamentados por mais de 4 semanas		Total
	Sim	Não	
Médico	18	1	19
Enfermeiro	43	5	48
Total	61	6	67

### *Caracterização geral da População B*

A População B é constituída por mulheres em idade fértil, grávidas, com gestação superior a 28, independentemente do grau de risco ou do índice obstétrico inscritas e a frequentar o Curso de Preparação para o Parto realizado nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCCs) do ACES Lezíria e no HDS, EPE. A amostra reunia 54 grávidas, sendo que 13 eram múltíparas (segundo filho) e 41 primíparas. Das múltíparas apenas uma possuía experiência de amamentação superior a seis meses e a nenhuma tinha sido proporcionada CPP ao nascimento.

Aquando da realização do projeto esta População era constituída por grávidas a realizar o Curso de Preparação para Parto na UCC de Santarém. No entanto, atendendo

ao interesse manifestado pela Enfermeira Coordenadora do ACES Lezíria, a População B passou a abranger as grávidas que realizam os cursos de preparação para o parto em todas as UCCs do ACES Lezíria. Este interesse teve como fundamento o facto de, nas UCCs mais distantes da capital de distrito o Curso de Preparação para o Parto ser ministrado por Enfermeiros de Cuidados Gerais. Estes estão habilitados a organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção a decidir sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade. Mas não estão habilitados a realizar, de acordo com a OE (2008) cursos de preparação para o parto. Este facto está longe das recomendações da OE no sentido de as organizações providenciarem a presença de EESMOs que estabeleçam programas de preparação dos futuros pais, com vista a assegurar a preparação completa para o parto e para a parentalidade responsável (OE, 2008). As atividades realizadas nas UCCs, junto de Enfermeiros de Cuidados Gerais contribuíram para desenvolver as suas competências no âmbito da preparação para a parentalidade e na promoção do AM.

Os cursos de preparação para o parto visam a preparação, não só da mulher mas sim do casal para o momento do parto. Este deve ser preparado com o objetivo principal de “humanizar o processo do nascimento tão mecanizado e dissociado do seu contexto emocional” (Maldonado, 1982, p. 39). Ao assumir um papel ativo no seu processo de saúde, através da adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, torna-se necessário que a pessoa, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde (Carvalho & Carvalho, 2006). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012) estes cursos e tudo o que eles envolvem tornam-se fundamentais para empoderar o casal grávido na:

- Promoção do trabalho de parto espontâneo,
- Movimentação livre e suporte contínuo durante todo o trabalho de parto,
- Abolição das intervenções médicas desnecessárias e do parto em posição ginecológica e puxos dirigidos,
- Contacto e vinculação precoces através da não separação mãe-bebé.

O empoderamento da mulher/casal durante a gravidez permite que a mulher, na altura do parto solicite o CPP de acordo com as diretrizes da OMS, e decline aquele que muitas vezes é realizado de forma fugaz e causadora de sentimentos de culpa por receio

de ser prejudicial para o bebê.

### 3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo

São amplamente conhecidos os benefícios do AM na saúde infantil e materna e também no seio familiar e social pelo que a proteção, promoção e apoio ao AM são uma prioridade. O AM, em especial o AM exclusivo, sendo definido como o consumo de leite humano, sem suplementos de qualquer tipo (nem água, nem sumos, nem leite não humano, nem quaisquer outros alimentos), exceto vitaminas, minerais e medicamentos, mostrou fornecer proteção acrescida contra muitas doenças e contribui para aumentar a probabilidade de amamentação continuada pelo menos durante o primeiro ano de vida (American Academy of Pediatrics, 2005). Concomitantemente a sua falta e especialmente a falta de AM exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, constituem importantes fatores de risco para a morbidade e mortalidade infantis e que o impacto durante toda a vida inclui o fraco desempenho escolar, a produtividade diminuída e o desenvolvimento intelectual e sociais prejudicados (OMS/UNICEF, 2003). Na mesma linha a Direção Geral da Saúde (2010) acrescenta que as baixas taxas de AM ou a sua cessação precoce têm importantes implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando também num aumento das despesas para o Serviço Nacional de Saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde. O Plano Nacional de Saúde (2004) recomendava o incentivo à prática do AM e apontou como meta para 2010 uma percentagem superior a 50% de mulheres que amamentem exclusivamente até aos 3 meses de idade. No entanto esta meta não foi alcançada. De acordo com o Registo do Aleitamento Materno (RAM) referente a 2011, apenas 40.3% mantinha AM Exclusivo aos três meses de vida o que reforça a necessidade de desenvolver ações que promovam o AM. Segundo a APEO & OE (2012) são práticas promotoras do AM, fomentar a investigação sobre práticas clínicas, fisiologia e suporte aos processos fisiológicos da amamentação, no âmbito do ensino e investigação.

Neste sentido considerou-se pertinente identificar atitudes dos profissionais de saúde face ao AM, uma vez que a atitude pode ser encarada como a disposição para responder a um determinado tipo de estímulo com um determinado tipo de resposta. O termo atitude, derivado do latim “aptitudo” significa a disposição natural para realizar

determinadas tarefas e pretende ser um mediador entre a forma de agir e de pensar dos indivíduos; são consideradas como conceitos hipotéticos, não observáveis mas sim inferida, pressupondo-se que têm relação com os comportamentos (Marinho,2003). Um sujeito que apresenta maioritariamente crenças favoráveis ou desfavoráveis sobre um assunto terá, respetivamente, uma atitude positiva ou negativa, acerca do mesmo (Rosemberg & Hovland, 1960, cit. por Lima, 1993).

Determinados a identificar as atitudes dos profissionais de saúde face ao AM utilizou-se um instrumento de colheita de dados adaptados da utilizada na Dissertação de Mestrado de Marinho (2003), realizada sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Doutora Isabel Pereira Leal, com o Título “Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno – Um estudo exploratório sobre as atitudes de Médicos e Enfermeiros”, tendo por objetivo conhecer as atitudes destes profissionais que, na sua prática profissional, desenvolvem atividades relacionadas com o AM.

Após pedido de autorização para a sua utilização (Anexo 2) aplicou-se o questionário de Avaliação de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao AM (Anexo 3) composto por um conjunto de afirmações, perante os quais os sujeitos se posicionavam face ao seu grau de concordância, numa escala de tipo Likert com cinco posições que vão do “discordo totalmente” ao “concordo totalmente”. Este tipo de escalas é usado para mensuração de opiniões, perceções e atitudes, e consiste em vários enunciados declarativos que expressam um ponto de vista sobre um determinado assunto. O entrevistado indicará qual o seu grau de concordância ou discordância com a opinião enunciada (Polit & Hungler, 1995). O questionário é composto por 43 questões que se distribuem da seguinte forma pelas três categorias de respostas atitudinais:

- A categoria de respostas cognitivas inclui 21 questões distribuídas pelos seguintes temas: Crenças sobre o Aleitamento, Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação e Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação.
- A categoria de respostas afetivas é composta por 10 questões que expressavam sentimentos face ao AM em duas áreas: Importância e Interesse em relação à Amamentação e Atitudes face à Decisão de Não Amamentar.
- A categoria de respostas Comportamentais incluía 12 itens relacionados com o aconselhamento geral sobre AM e diretrizes referentes aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento preconizados pela WHO/UNICEF

(1998) e que podem consultados no Anexo 4.

Desta forma, foram constituídas seis dimensões de atitudes (Marinho, 2003), tal como se pode visualizar na Figura 3:

DIMENSÕES	ITEM / DESCRIÇÃO
Crenças sobre o Aleitamento Materno	2. A maior parte dos bebés necessita de leite artificial para aumentar o peso 3. A alimentação com leite artificial é mais fácil para a mãe e o bebé 12. As mães muito ansiosas não deviam amamentar 19. O AM é emocionalmente mais satisfatório 29. Atualmente a alimentação com leite materno é tão saudável como com leite artificial 32. O conhecimento e a motivação da mãe são essenciais para amamentar com sucesso 35. A maior parte das mulheres tem capacidade para produzir leite suficiente para alimentar o seu bebé
Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação	4. O AM possibilita o estabelecimento de uma relação mais forte entre a mãe e o bebé. 8. O AM é o mais saudável para a criança. 13. O leite materno é o alimento mais adequado e completo para as crianças durante os primeiros meses de vida 23. As propriedades imunológicas do leite materno são extremamente importantes para o bebé 42. O AM é a forma de alimentar um Rn
Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação	1. O aleitamento não permite ao pai envolver-se no processo alimentação do bebé 5. O AM é muito doloroso 7. Se a mãe está a estudar, é impossível amamentar 9. O AM produz alterações estéticas irreversíveis nos seios 11. O AM é um processo difícil 16. O AM é embaraçoso 21. Se a mãe trabalha é preferível alimentar o bebé com leite artificial 22. Costumo dialogar com outros técnicos sobre questões relacionadas com o aleitamento materno 28. O AM condiciona a liberdade da mãe 36. O AM produz modificações negativas na imagem da mulher
Importância e Interesse em Relação à Amamentação	10. Sinto-me inseguro(a) em abordar algumas questões nesta área do AM 24. Acho importante investir-se no AM 30. Não me sinto particularmente interessado (a) pela área do AM

	<p>37. Fico satisfeito (a) quando uma mulher toma a decisão de amamentar</p> <p>39. Sinto-me à vontade quando se fala de AM</p>
Atitudes face à Decisão de Não Amamentar	<p>17. Irrita-me o facto de algumas mulheres decidirem não amamentar por questões estéticas</p> <p>31. Muitas mães que não querem amamentar são "más mães"</p> <p>34. Não querer amamentar é um ato egoísta</p> <p>40. Acho incompreensível uma mulher não querer amamentar o seu bebé</p> <p>43. Surpreender-me-ia o facto de uma mãe não saber amamentar</p>
Respostas Comportamentais	<p>6. Não encorajaria uma mulher a amamentar logo na 1ª meia hora após o parto (parto eutócico)</p> <p>14. Se uma mulher já decidiu alimentar o seu filho com leite artificial, não tento incentiva-la ao AM</p> <p>15. Sou a favor da amamentação em horário livre após o nascimento</p> <p>18. A forma de alimentar o bebé é um assunto que abordo sempre na minha prática profissional</p> <p>20. Discuto com as mães as vantagens do AM e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais</p> <p>22. Costumo dialogar com outros técnicos sobre questões relacionadas com o AM</p> <p>25. Quando uma mulher ainda não se decidiu pelo AM, tento sempre incentiva-la a optar por este método</p> <p>26. Não incentivo uma mulher que desenvolveu uma mastite a continuar a amamentar</p> <p>27. Não considero muito importante informar as mulheres sobre a fisiologia da lactação</p> <p>33. Compreender os motivos que levam uma mãe a não querer amamentar torna-se primordial para promover o AM</p> <p>38. Se a mulher não inicia o tema da amamentação acho que não é necessário falar do assunto</p> <p>41. Não consigo apoiar uma mulher que não quer amamentar apenas por questões estéticas</p>

Fonte: Adaptado de Marinho, C. (2003)

**Figura 3 - Quadro de agrupamento das atitudes dos profissionais de saúde face ao Aleitamento Materno**

As respostas às frases consideradas favoráveis, itens 4, 8, 13, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 32, 33, 35, 37, 39, 42, foram cotadas atribuindo o valor 1 à resposta “discordo completamente” e o valor 5 à resposta “concordo totalmente”. Nas frases formuladas de forma negativa, as restantes, a cotação foi feita de forma inversa,

atribuindo-se o valor 1 à resposta “concordo totalmente” e o valor 5 à resposta “discordo totalmente”. As notas finais do questionário podem oscilar entre 43 e 215 sendo que quanto mais elevado for a nota mais positiva é a atitude face ao AM (Likert, 1932, cit. por Lima, 1993).

A fidelidade da escala foi avaliada com recurso à consistência interna através do valor do Alfa de Cronbach. Esta medida pode definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica (Pestana & Gageiro, 2000). Como se pode constatar na tabela 8, na escala utilizada o valor Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que se pode considerar os dados aceitáveis como unidimensionais: as variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão - a Avaliação das Atitudes dos profissionais de Saúde Face ao AM (Marinho,2003).

**Tabela 8 - Consistência interna do Questionário de Avaliação das Atitudes dos profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno**

Alfa de Cronbach	N de Itens
<b>0,863</b>	43

Na análise da Escala de Avaliação das Atitudes dos profissionais de Saúde Face ao AM podemos verificar que as atitudes dos profissionais de saúde em cada item Face ao AM são, em média, elevadas (valor médio de 4,18 numa escala de um a cinco). Quanto às dimensões em estudo, as atitudes são também, em média, elevadas, pois todas as dimensões apresentam valor médio superior de 179,93 (numa escala entre 43 e 215) como se pode observar na Tabela 9.

**Tabela 9 - Distribuição dos valores médios das dimensões de atitudes da escala.**

<b>Valores médios das dimensões da escala</b>			
Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
179,93	182,898	13,524	43

Os valores médios das atitudes relativamente às Respostas Comportamentais

(50,41), à Importância e Interesse em Relação à Amamentação (21,52) e à Atitude face à Decisão de não Amamentar (18,98) são superiores para o sexo feminino. As restantes dimensões apresentam valores médios superiores no sexo masculino: Crenças sobre o Aleitamento (31,25), Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação (24,31) e Crenças sobre Obstáculos ao AM (37,61).

**Tabela 10 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com o sexo.**

<b>Valores médios das atitudes face ao sexo</b>		
Sexo	Masculino	Feminino
Crenças sobre a amamentação	31,25	29,24
Crenças sobre benefícios da amamentação	24,31	23,08
Crenças sobre obstáculos à amamentação	37,62	36,69
Importância e interesse em relação à amamentação	21,44	21,52
Atitude face à decisão de não amamentar	17,75	18,98
Respostas comportamentais	48,25	50,41

O valor médio das atitudes referente à Importância e Interesse em relação à Amamentação é superior para o intervalo de idades 30 – 39 e inferior para o intervalo 20 - 29.

**Tabela 11 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com a idade dos elementos da amostra.**

<b>Valores médios das atitudes de acordo com a idade</b>					
Idade	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Crenças sobre a amamentação	28,75	30,18	28,76	30,07	29,25
Crenças sobre benefícios da amamentação	23,25	23,43	23,62	22,79	22,50
Crenças sobre obstáculos à amamentação	35,92	37,04	36,28	37,52	37,75
Importância e interesse em relação à amamentação	19,33	22,21	21,90	21,34	21,50
Atitude face à decisão de não amamentar	19,42	18,71	19,52	17,89	20,50
Respostas comportamentais	46,83	51,00	50,55	50,00	50,50

Relativamente ao estado civil não se verifica diferenças estatisticamente significativas nos valores médios apresentados. O grupo dos viúvos apresenta valores médios superiores nas Crenças sobre o Aleitamento (31,00), nas Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação (25,00), Importância e Interesse em relação à

Amamentação (24,00) e nas Respostas Comportamentais (55,00). Nas Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação o grupo com valores médios superiores é o dos Divorciados (38,50) e nas Atitudes face à Decisão de Não Amamentar os Solteiros (19,11).

**Tabela 12 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com o estado civil dos elementos da amostra.**

<b>Valores médios das atitudes de acordo com o estado civil</b>				
Estado civil	Solteiro	Divorciado	Casado/ União de fato	Viúvo
Crenças sobre a amamentação	28,74	30,38	29,75	31,00
Crenças sobre benefícios da amamentação	22,85	23,38	23,40	25,00
Crenças sobre obstáculos à amamentação	37,15	38,50	36,51	37,00
Importância e interesse em relação à amamentação	0,78	22,38	21,66	24,00
Atitude face à decisão de não amamentar	19,11	19,00	18,63	19,00
Respostas comportamentais	49,44	50,50	50,21	55,00

Os Enfermeiros apresentam valores médios superiores nas Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação (37,04), na Importância e Interesse em relação à Amamentação (21,82), nas Atitudes face à Decisão de Não Amamentar (19,60) e nas Respostas Comportamentais (50,99). Enquanto os Médicos apresentam valores médios superiores nas Crenças sobre o Aleitamento (29,72) e nas Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação (23,39).

**Tabela 13 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com a categoria profissional.**

<b>Valor médio das atitudes de acordo com a categoria profissional</b>		
Categoria profissional	Médico	Enfermeiro
Crenças sobre a amamentação	29,72	29,46
Crenças sobre benefícios da amamentação	23,39	23,21
Crenças sobre obstáculos à amamentação	36,44	37,04
Importância e interesse em relação à amamentação	20,92	21,82
Atitude face à decisão de não amamentar	17,20	19,60
Respostas comportamentais	48,36	50,99

Nos profissionais que realizaram algum curso relacionado com o AM, a média

de valores apresentado é superior em quase todas as dimensões (o valor maior corresponde às Respostas Comportamentais com 52,25). A exceção verifica-se na dimensão referente às Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação (23,38).

**Tabela 14 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com a existência de formação em AM.**

<b>Valor médio das atitudes de acordo a formação em AM</b>		
Formação em AM	Sim	Não
Crenças sobre a amamentação	29,92	29,46
Crenças sobre benefícios da amamentação	22,25	23,38
Crenças sobre obstáculos à amamentação	37,00	36,73
Importância e interesse em relação à amamentação	22,75	21,31
Atitude face à decisão de não amamentar	19,67	18,60
Respostas comportamentais	52,25	49,76

Quanto ao tipo de curso realizado sobre AM, verifica-se que o grupo de Formadoras de Conselheiras apresenta valores médios superiores em todas as dimensões como se pode verificar na Tabela 15.

**Tabela 15 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com o tipo de formação em AM.**

<b>Valor médio das atitudes de acordo com o tipo de formação em AM</b>			
Tipo de formação em AM	Conselheira AM	Formadora de Conselheiras	Outro
Crenças sobre a amamentação	29,75	32,00	29,67
Crenças sobre benefícios da amamentação	22,37	24,00	21,33
Crenças sobre obstáculos à amamentação	37,38	37,00	36,00
Importância e interesse em relação à amamentação	22,13	25,00	23,67
Atitude face à decisão de não amamentar	20,00	21,00	18,33
Respostas comportamentais	51,50	56,00	53,00

Os valores médios apresentados pelos Enfermeiros Especialistas são superiores em todas as dimensões.

**Tabela 16 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo a categoria profissional dos Enfermeiros.**

<b>Valor médio das atitudes de acordo a categoria profissional dos Enfermeiros</b>		
Categoria profissional	Generalista	Especialista
Crenças sobre a amamentação	28,63	30,79
Crenças sobre benefícios da amamentação	22,74	23,90
Crenças sobre obstáculos à amamentação	36,52	38,00
Importância e interesse em relação à amamentação	21,93	22,24
Atitude face à decisão de não amamentar	19,56	19,76
Respostas comportamentais	50,81	52,24

A Enfermagem na Comunidade é a que apresenta valores médios superiores em relação às Crenças sobre o Aleitamento (32,00) e às Atitudes face à Decisão de Não Amamentar (20,00) e apresenta o mesmo valor que Reabilitação nas Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação (25,00). A Especialidade em Pediatria apresenta valores médios superiores nas outras dimensões.

**Tabela 17 - Distribuição do valor médio das atitudes de acordo com a Especialidade em Enfermagem**

<b>Valor médio das atitudes de acordo a Especialidade em Enfermagem</b>				
Especialidade em Enfermagem	Saúde Materna e Obstetrícia	Pediatria	Enfermagem na Comunidade	Reabilitação
Crenças sobre a amamentação	30,24	31,67	32,00	28,00
Crenças sobre benefícios da amamentação	23,65	24,00	25,00	25,00
Crenças sobre obstáculos à amamentação	37,71	39,11	36,00	35,00
Importância e interesse em relação à amamentação	22,24	22,44	20,00	22,00
Atitude face à decisão de não amamentar	19,65	19,89	20,00	16,00
Respostas comportamentais	52,24	53,11	50,00	45,00

Quanto à especialidade Médica constatamos que os Pediatras são os que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões, exceto nas Crenças acerca dos Benefícios da Amamentação. Em relação à Importância e Interesse em relação à Amamentação e às Respostas Comportamentais, os Pediatras apresentam a

média mais alta (22,43 e 52,36 respetivamente) enquanto o grupo das Outras Especialidades apresenta a média de valores mais baixa (18,50 e 43,25 respetivamente). Estes dados estão de acordo com Lawrence (1982, cit por Marinho, 2003) quando refere que os Pediatras incentivam o AM em mais 20% do que os Obstetras.

**Tabela 18 - Distribuição dos valores médios das atitudes dos Médicos, de acordo com a especialidade clínica.**

<b>Valor médio das atitudes de acordo a especialidade médica</b>			
<b>Especialidade médica</b>	<b>Ginecologia /Obstetrícia</b>	<b>Pediatria</b>	<b>Outra</b>
Crenças sobre a amamentação	29,39	30,93	27,00
Crenças sobre benefícios da amamentação	23,11	23,64	23,75
Crenças sobre obstáculos à amamentação	36,11	37,36	34,75
Importância e interesse em relação à amamentação	20,28	22,43	18,50
Atitude face à decisão de não amamentar	17,28	17,31	16,50
Respostas comportamentais	46,39	52,36	43,25

Quanto ao tempo na profissão, verifica-se que o grupo de profissionais com 10-14 anos de profissão apresenta, na dimensão Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação, os valores médios de atitude mais baixos (34,82) contra os do grupo dos 20-24 com a média mais alta (38,64).

**Tabela 19 - Distribuição dos valores médios das atitudes de acordo com o tempo de profissão**

<b>Valor médio das atitudes de acordo o tempo de profissão</b>							
<b>Tempo de profissão (anos)</b>	<b>&lt;5</b>	<b>5-9</b>	<b>10-14</b>	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>&gt;30</b>
Crenças sobre a amamentação	28,70	30,50	29,00	28,94	30,64	28,84	30,43
Crenças sobre benefícios da amamentação	23,00	23,67	23,18	23,61	24,09	23,26	22,52
Crenças sobre obstáculos à amamentação	35,50	37,17	34,82	37,33	38,64	35,47	38,33
Importância e Interesse em relação à amamentação	19,10	21,08	22,09	22,61	22,27	20,63	22,10
Atitude face à decisão de não amamentar	19,40	19,25	18,18	19,89	19,64	17,79	18,35
Respostas comportamentais	46,70	49,08	50,82	52,33	51,45	48,63	51,00

Relativamente ao local de trabalho constata-se que independentemente do local de trabalho os valores médias mais baixos reportam-se às Atitudes face à

Decisão de Não Amamentar e os mais altos relativamente às Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação.

**Tabela 20 - Distribuição do valor médio das atitudes de acordo com o local de trabalho**

Valor médio das atitudes de acordo com o local de trabalho							
Local de trabalho	Obst. I	Obst. II	Ped.	BOO	CE Obst.	CE Ped.	Urg. Ped.
Crenças sobre a amamentação	29,31	28,82	29,52	29,95	30,25	30,00	29,57
Crenças sobre benefícios da amamentação	22,87	23,00	23,57	23,05	24,25	25,00	24,14
Crenças sobre obstáculos à amamentação	36,31	35,77	37,43	37,50	36,75	36,50	37,00
Importância e interesse em relação à amamentação	21,00	21,86	22,00	21,50	22,00	21,00	20,93
Atitude face à decisão de não amamentar	17,94	20,32	18,27	19,10	18,75	19,00	17,64
Respostas comportamentais	47,94	50,36	51,13	50,00	51,75	50,50	50,00

Os profissionais com filhos apresentam valores médios de atitudes mais baixos do que os sem filhos relativamente às Crenças sobre os Obstáculos à Amamentação (36,60) e às Atitudes face à Decisão de Não Amamentar (18,70). Nas restantes categorias os profissionais com filhos apresentam valores médios de atitudes superiores.

**Tabela 21 - Valores médios de atitudes dos profissionais de acordo com a existência de filhos**

Valor médio das atitudes de acordo a existência de filhos		
Existência de filhos	Sim	Não
Crenças sobre a amamentação	29,69	29,30
Crenças sobre benefícios da amamentação	23,30	23,22
Crenças sobre obstáculos à amamentação	36,60	37,27
Importância e interesse em relação à amamentação	22,06	20,51
Atitude face à decisão de não amamentar	18,70	18,95
Respostas comportamentais	50,36	49,57

Verificam-se valores médios de atitudes superiores entre os profissionais com experiência em AM em todas as dimensões, com exceção das Atitudes face à Decisão de Não Amamentar (18,50 dos profissionais com experiência em AM face aos 20,67 do

valor apresentado pelos que não possuem experiência em AM).

**Tabela 22 - Valores médios de atitudes dos profissionais de acordo com a experiência em AM**

<b>Valor médio das atitudes de acordo com a experiência em AM</b>		
<b>Experiência em AM</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Crenças sobre a amamentação	29,84	28,17
Crenças sobre benefícios da amamentação	23,34	22,83
Crenças sobre obstáculos à amamentação	36,74	35,17
Importância e interesse em relação à amamentação	22,20	20,67
Atitude face à decisão de não amamentar	18,50	20,67
Respostas comportamentais	50,39	50,00

### 3.3 Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo

Foi só a partir do final do séc. XVIII que a opinião acerca do AM começou a ser mais favorável, influenciada pela mudanças científicas e culturais que iam acontecendo, tornando visível os benefícios deste, principalmente na diminuição da mortalidade infantil (Marinho, 2003).

No século passado, na década de 60, surge o período em que se verificaram as taxas de AM mais baixas da história da humanidade, motivando um movimento internacional para resgatar a “cultura da amamentação” (Levy, 1994).

Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do AM, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o AM; no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projeto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação (Levy & Bértolo, 2012).

Em Portugal, em 1998/1999, quase 100% das mães começavam a amamentar os seus filhos, mas essa taxa descia para 34%, quando se consideravam as mães que continuavam a amamentar aos seis meses de vida do bebé, e que aos doze meses esse valor continuava a descer para os 16% (Levy & Bértolo, 2002). Este último número é um dos mais baixos entre todos os países que participaram no estudo sobre “Promoção da Amamentação na Europa” que incluiu 29 países, apenas ultrapassado pela Grã-Bretanha, Lituânia e Bélgica. Nos países nórdicos, 70 a 80% das mães amamentam

durante pelo menos seis meses (Comissão Europeia, 2003, cit por Cardoso, 2006).

Em 2006 Cardoso, num estudo realizado em Chaves, descreve uma taxa global de incidência do AM, no momento da alta pós-parto de 79,77% e uma taxa de prevalência no início do 4º mês de vida do RN de 65,90% o que é sugestivo de uma curva ascendente na prevalência de AM em Portugal. Estes dados são confirmados em 2012 através de iniciativas da Direção Geral da Saúde na promoção do AM, nomeadamente a organização da Semana do Aleitamento Materno, a creditação dos Cantinhos da Amamentação, a divulgação de informação e a criação do RAM, entre outros. O RAM, tendo como objetivos determinar a prevalência da iniciação e da continuidade do AM em Portugal e avaliar as práticas alimentares dos lactentes e das crianças pequenas em Portugal, permitiu conhecer melhor a situação nacional nesta matéria. Assim, constatamos que a nível nacional, em 2012, 98.5% dos RN iniciaram AM antes da alta; 97,3% manteve AM até ao dia da alta (65.2% em regime de exclusividade); aos 3-4 meses a prevalência do AM era de 66,4% (40.3% em exclusivo) e aos 5-6 meses este valor totalizava 53,5% sendo que apenas 14.7% mantinha o AM exclusivo. Podemos verificar que apesar de a taxa de AM continuar a subir, ainda se encontra aquém do preconizado pela OMS e UNICEF quando estabelecem como metas uma taxa de 50% de aleitamento exclusivo aos seis meses de vida.

No HDS, EPE, os dados mais recentes reportam-se a um estudo, não publicado, realizado por Sanmarful (2012) através da revisão de 20% dos processos de RN, escolhidos de forma aleatória, entre 01 de Janeiro e 30 de Junho de 2012, e que indicam que apenas 43,3% dos RN foram alimentados com LM exclusivo até à data da alta.

Uma das formas de promover o AM consiste em permitir o CPP entre a mãe e o bebé após o nascimento. Este facto dá a oportunidade ao bebé de mamar na primeira hora de vida e posteriormente de ser amamentado com frequência, levando a mulher que deseja amamentar a ter mais sucesso do que aquelas que não passam por esta experiência (OMS, 1998). Kennel & Klaus (1998) referem que o contacto precoce e contínuo entre mãe e o bebé parece diminuir o abandono e aumentar o sucesso e a duração da amamentação. O AM representa, para a família, um reforço dos laços afetivos, que se comprovou terem início com o contacto precoce entre mãe e filho, ajudando na prevenção dos maus tratos infantis, e, por acréscimo, faz com que as gravidezes sejam mais espaçadas, funcionando como contraceptivo, o que é especialmente relevante nos países em desenvolvimento (Graça, 2005; Cardoso, 2006). Esta afirmação ecoa em Thompson & Mestrich (1989) quando referem que deve ter-se

em atenção que a interrupção da interação mãe-bebé no período pós-natal imediato pode levar algumas mulheres ao insucesso no seu intento de amamentar e ao subsequente comportamento alterado com relação à criança. Assim, o bebé não deve ser afastado da mãe para ser pesado, medido, tomar banho, ser-lhe administrado vitamina K ou medicação ocular antes de decorrida a primeira hora (Kennel & Klaus, 1998).

O contacto íntimo entre mãe e bebé logo após o nascimento, além de contribuir para o desenvolvimento precoce do vínculo afetivo, também ajuda os bebés a se adaptarem ao novo meio ambiente não estéril, favorecendo a colonização de sua pele e trato gastrointestinal com os microrganismos da mãe, que tendem a ser não patogénicos e contra os quais o leite materno proporciona anticorpos. Assim, os bebés são simultaneamente expostos e protegidos contra microrganismos aos quais a imunidade ativa só se desenvolverá mais tarde (OMS, 1998).

Sempre que possível, medicação analgésica e analgesia peridural devem ser evitadas para que não haja qualquer interferência na habilidade do RN abocanhar a aréola e mamar com sucesso por sua própria iniciativa, existindo estudos que demonstram que a analgesia de parto e a separação da mãe são os fatores mais associados a dificuldades em mamar (OMS, 1998).

Se o RN de termo imediatamente após o parto for colocado em contacto pele-a-pele, recupera a temperatura corporal, acelera a sua adaptação metabólica, estreita os vínculos com a mãe e favorece-se a amamentação (Kennel & Klaus, 1998). Por este motivo, a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, no seu 4º passo, recomenda que se coloque o bebé em contacto pele-a-pele durante um mínimo de 30 minutos. No entanto Papí (1998) recomenda que o contacto pele-a-pele deve durar 50 minutos para que o RN tenha tempo para agarrar espontaneamente a mama da sua mãe.

Resumindo, o contacto pele-a-pele após o nascimento e a amamentação na primeira hora de vida são extremamente importantes dado que:

- O corpo da mãe ajuda a manter o bebé adequadamente aquecido e isso é de especial importância para bebés pequenos e com baixo peso ao nascer.
- O bebé fica menos stressado, mais calmo e com as frequências respiratória e cardíaca mais estáveis.
- O bebé é exposto em primeiro lugar às bactérias da mãe que costumam ser menos agressivas e contra as quais o leite materno possui fatores de proteção. As bactérias maternas passam a habitar o intestino e a pele do bebé, competem com as bactérias mais nocivas dos trabalhadores da

saúde e do ambiente hospitalar e, desta forma, evitam a ocorrência de infecções.

- O bebé recebe colostro durante as primeiras mamadas (WABA, 2007).

A atitude da maioria dos elementos da equipa de saúde do BOO do HDS, EPE, face à implementação do contacto pele-a-pele imediato, como prática corrente tem encontrado resistência na crença de que o RN arrefece com mais facilidade estando em contacto pele-a-pele imediato na região toraco-abdominal materna, do que sob fonte de calor após lhe serem prestados os cuidados imediatos. Com o intuito de provocar uma mudança de atitude a Mestranda realizou um estudo descritivo, não publicado, com o objetivo geral de promover o AM através do CPP e como objetivo específico o de demonstrar que, no BOO do HDS, EPE, a temperatura corporal dos RN não diminui quando em CPP com a mãe. A amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 27 RN, foi obtida entre Janeiro e Dezembro de 2011. Do tratamento e análise dos dados concluiu-se:

- A temperatura corporal do RN não diminui para parâmetros de hipotermia quando em CPP com a mãe durante os primeiros trinta minutos de vida, mantendo-se, em média, entre os 37,6 e os 37,0<sup>o</sup>c.
- A temperatura apresentada pelo RN à nascença tem correlação forte e estatisticamente significativa com a temperatura que este apresenta durante o CPP.
- A temperatura da sala tem correlação fraca, sem significado estatístico na temperatura apresentada pelo recém-nascido durante o tempo de CPP.
- O peso do recém-nascido apenas tem correlação positiva na temperatura que este apresenta aos 30 minutos de vida, mas que não é estatisticamente significativa.

Foram estes os resultados que fundamentaram a sessão de formação em saúde sobre CPP e que propomos como promotoras da mudança de atitudes da equipa médica e de Enfermagem do DMC do HDS, EPE, uma vez que esta ocorre quando formamos novas crenças, associados novos sentimentos ou novos comportamentos de uma nova forma, perante o objeto ou assunto (Olson & Zanna, 1990).

### 3.4 Recrutamento da população-alvo

As populações foram constituídas através de uma amostragem não probabilística de conveniência. O recrutamento da População A do Objetivo 1 e a População alvo do Objetivo 2 foi efetuado por contacto direto ou através dos Enfermeiros Chefes dos diferentes serviços. O critério de inclusão foi pertencer à equipa Médica ou de Enfermagem do DMC do HDS, EPE. Aos elementos que constituem a amostra foi entregue consentimento informado e garantidas as condições de anonimato.

A População B do Objetivo 1 foi recrutada através dos Enfermeiros responsáveis pelos Cursos de Preparação para a Parentalidade dos diferentes Centros de Saúde. O critério de inclusão utilizado foi estar inscrita no Curso de Preparação para o Parto levado a efeito nos Centros de Saúde do ACES Lezíria.

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

O apoio mais significativo que os profissionais de saúde poderão dar às lactantes consiste em ajudá-las a tomar consciência da sua capacidade para amamentar, a precisar os seus objetivos quanto ao AM, a criar uma rede de apoios e a serem tolerantes perante as dificuldades da amamentação. Tendo em atenção as exigências colocadas aos profissionais de saúde que, interessados no tema, procuram a todo o custo promover o AM, foi necessário parar, refletir e analisar qual o caminho a traçar para o conseguir.

##### 4.1 Objetivos da intervenção profissional

Sendo o AM é uma das áreas de grande interesse da autora deste relatório constata, de forma empírica na prática diária, que a taxa de AM à data da consulta de revisão de parto é baixa. Por outro lado, várias são as mulheres que referem ter tido orientações, por parte dos profissionais de saúde, que refletem práticas pouco sustentadas de promoção do AM. Maia (2007), Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares, & Gomes (2006) refletem estas práticas ao revelar que a introdução de leite artificial durante o período de internamento após o parto foi na maioria dos casos da responsabilidade de enfermeiros.

Na mesma linha, Cordeiro (1987) refere que o pessoal médico e de enfermagem nem sempre têm presente a importância do AM para o desenvolvimento harmonioso, somático e psicoafectivo, da criança. As atitudes de dúvida, por parte da equipa de saúde, sobre a conveniência do AM, constituem um elemento negativo para a mãe, que necessita de constante apoio na tentativa de amamentar.

Neste sentido, surgiu o trabalho de projeto com o título “Aleitamento Materno: projeto de promoção no Hospital de Santarém”. Marconi & Lakatos (2003, p. 102) referem, que “o objetivo geral está relacionado com uma visão abrangente do tema e vincula-se ao significado proposto pelo projeto”. Este projeto tem como objetivo geral, tal como o título sugere, promover o AM e pode ser consultado em anexo (Anexo 5). Foi entregue nos Serviços Académicos da Universidade de Évora no dia 27 de Março de 2013, conjuntamente com o parecer do Orientador, Sr.<sup>a</sup> Professora Otília Zangão

(Anexo 6), tendo sido aprovado pelo Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus a 30 de Abril do mesmo ano.

Através do RAM (2012), constata-se que, entre Julho de 2010 e Junho de 2011, 65.2% dos RN tiveram AM exclusivo desde o nascimento até à alta hospitalar, valores abaixo dos preconizados pelo programa Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés ou seja 75% (UNICEF/WHO, 2009). Como foi referido anteriormente no HDS, EPE, entre 01 de Janeiro e 30 de Junho de 2012, apenas 43,3% dos RN foram alimentados exclusivamente com leite materno. Estes dados sustentam a classificação obtida no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde em 2013, onde o HDS, EPE, na área de cuidados neonatais, em relação ao indicador de qualidade AM ainda apresenta um nível de qualidade I, uma posição pobre no rating nacional. Estes dados, muito abaixo da média nacional, são demonstrativos da necessidade de promover o AM no HDS, EPE.

#### 4.2 Objetivos a atingir com a população-alvo

De acordo com o projeto entregue, e anteriormente referido, constituíram objetivos a atingir com a população-alvo:

- Promover o CPP durante 30' como parte integrante dos cuidados imediatos ao RN no Bloco Operatório de Obstetrícia;
- Desenvolver competências na área do aconselhamento em AM;
- Criar espaço de apoio e de aconselhamento em AM.

Apesar dos benefícios relatados do CPP, este não constitui uma prática quotidiana do BOO do HDS, EPE. Neste sentido, considerou-se pertinente realizar formação em serviço, que permitisse aos Enfermeiros do BOO reforçarem os seus conhecimentos sobre CPP, de forma a modificar a sua atitude na prestação de cuidados imediatos ao RN. Segundo Marinho (2003), é a informação que temos disponível sobre um objeto que define a atitude. Eagly & Chaiken, (1993) citado por Marinho (2003), sustentam esta afirmação quando referem que as atitudes derivam de um processo de aprendizagem cognitiva que ocorre quando a pessoa adquire informação sobre o objeto atitudinal e em seguida constrói crenças. Procurando realizar uma ação concertada entre a equipa de saúde do BOO e as utentes procurou-se fornecer informação a estas últimas sobre o tema através de sessões de educação para a saúde à grávida, numa linha de pensamento, onde adquirem relevância os pressupostos que orientam o conceito de

Promoção da Saúde: “o processo que permite às populações exercer um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la” (OMS, 1986).

Todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar (Carvalho & Carvalho, 2006). A necessidade de formação por parte do pessoal de enfermagem tem de ser encarada nas vertentes teórica e prática, sendo de primordial importância a reflexão que se possa fazer sobre as experiências que formam as situações vividas de cada um. São estas vivências, em conjunto com os conhecimentos adquiridos através da formação que possibilitam a mudança e contribuem para atitudes promotoras do AM. Tendo em atenção que os cuidados de enfermagem, em matéria de AM, passam essencialmente pelo aconselhamento e apoio, considerou-se esta uma área de intervenção essencial na promoção do AM no HDS, EPE. Nesta ordem de ideias já Collière (1989) tinha afirmado que, quer a formação inicial, quer a formação permanente, desempenham um papel determinante na evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido de que geram condutas, comportamentos e atitudes.

O início e manutenção do AM encontram-se relacionados com fatores de ordem física, psicológica e social, encontrando-se os profissionais de saúde que prestam cuidados materno-infantis numa posição privilegiada para apoiar as mães ao longo de todo o processo (Marinho, 2003). Por vezes este acompanhamento exige mais tempo e maior disponibilidade, solicitando a presença de um profissional apenas para essa função. Daí ser essencial a criação de um “Cantinho de amamentação” que proporcione às mães o acompanhamento e apoio no AM, quer durante o internamento, quer após a alta hospitalar.

## 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

A modificação de comportamentos não é tarefa fácil. Para conseguir esta modificação de comportamentos torna-se imprescindível desenhar um plano de atuação estratégica que ponha em funcionamento todos os elementos necessários para este fim. Sem um planeamento prévio da intervenção não existe qualquer garantia de êxito. Para que haja eficiência, que deve caracterizar todas as intervenções no contexto da saúde, é imprescindível o planeamento prévio das diferentes atividades (Carvalho & Carvalho, 2006).

### 5.1 Fundamentação das intervenções

As atividades desenvolvidas na promoção do CPP durante 30' como parte integrante dos cuidados imediatos ao RN no Bloco Operatório de Obstetrícia (Objetivo 1) foram as seguintes:

1. Formação em serviço subordinada ao tema “Contacto pele a pele” realizada no dia 20 de Junho de 2013. Esta sessão, destinada à População A, teve como objetivo geral promover o AM e como objetivos específicos:

- Promover o CPP no BOO do HDS, EPE;
- Demonstrar que, no Bloco Operatório de Obstetrícia do HDS, EPE, a temperatura corporal dos RN não diminui quando em CPP com a mãe.

A implementação do CPP imediato como prática corrente, tem encontrado resistência na crença de que o RN arrefece com mais facilidade estando em contacto pele-a-pele imediato na região toraco-abdominal materna, do que sob fonte de calor após lhe serem prestados os cuidados imediatos. Com vista a alterar esta tendência, na sessão foram apresentados os benefícios e formas de atuação na realização do CPP assim como os resultados de um estudo, realizado pela autora deste relatório, demonstrativo de que a temperatura do RN não baixa para valores de hipotermia, quando em CPP no BOO do HDS, EPE. No final da sessão aplicou-se questionário de

avaliação. O plano desta sessão pode ser consultado em anexo (Anexo 7).

2.O BOO conta com uma norma de cuidados de enfermagem a prestar ao RN aquando do nascimento. Esta norma tem como objetivo facilitar a adaptação do RN à vida extra uterina, e conjuga três procedimentos diferentes: a prestação de cuidados imediatos, a reanimação do RN se necessário e a realização de cateterismo umbilical. A norma descreve, nos procedimentos a realizar aquando da prestação de cuidados imediatos – “Colocar bebé em CPP com a mãe, cobrindo-os com pano quente” (Anexo 8) Ao analisar a referida norma podemos constatar que é confusa e ambígua em relação ao CPP o contribui para que este seja realizado de uma forma fugaz e muito distante do tempo preconizado pela OMS. Com o objetivo de alterar a norma de cuidados de enfermagem na adaptação do RN à vida extra uterina, realizou-se uma reunião de serviço no dia 28 de Junho de 2012. Nesta reunião a equipa mostrou-se recetiva a alterar a norma e a adotar como procedimento o CPP durante 30 minutos ou pelo tempo de permanência da mãe na sala de partos caso este fosse inferior. Foram elaboradas duas novas normas, a de cuidados imediatos ao RN e a de reanimação do mesmo. No entanto, dado que ainda não foi apresentada à equipa Médica a sessão sobre CPP, a equipa de Enfermagem decidiu aguardar para posteriormente proceder à sua aprovação. A proposta de alteração à norma de serviço pode ser observada em anexo (Anexo 9).

3.Sessão de educação para a saúde sobre os benefícios do CPP e manutenção da temperatura corporal do RN durante o mesmo para a População B uma vez que as mulheres têm o direito a receber informação completa, adequada e o mais possível imparcial, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus benefícios, prejuízos e alternativas. Só assim podem tomar decisões informadas sobre a sua assistência e a dos seus bebés e, se entenderem, terem ainda o direito de mudar de opinião relativamente às suas escolhas (OE, 2012). Ou seja, só devidamente informada a mulher pode solicitar ou não, o CPP após o nascimento do seu filho. Dado que a sessão tinha como objetivo a promoção do CPP como promotor do AM considerou-se ser importante a sua integração na sessão sobre AM. Este facto dificultou a coordenação de horários dos intervenientes. Apesar das dificuldades foram realizadas as seguintes sessões (Anexo 10):

- UCC de Almeirim e Alpiarça (Polo Almeirim) - dia 22 de Abril – 10 grávidas;

- UCC de Almeirim e Alpiarça (Polo de Alpiarça) – 11 de Junho - 7 grávidas;
- UCC de Rio Maior – 13 de Junho - 10 grávidas;
- UCC Cartaxo – dia 5 de Julho – 6 grávidas;
- HDS, EPE – dia 9 de Julho – 8 grávidas;
- UCC Santarém – dia 10 de Julho - 15 grávidas;
- UCC da Chamusca – dia 16 de Julho - 6 grávidas.

No dia 24 de Junho, apesar da deslocação à UCC da Golegã não houve sessão dado que as grávidas do Curso de Preparação para o Parto faltaram. Não foi possível realizar a sessão nas UCC de Coruche e de Salvaterra de Magos por dificuldades na conjugação de horários. No entanto os contactos foram estabelecidos e agendado a realização das sessões para depois da época de férias. A apresentação em *Powerpoint* foi oferecida às responsáveis pela realização dos Cursos de Preparação para o Parto, no sentido de passarem a incorporar os conteúdos teóricos destes (Anexo 11).

As atividades desenvolvidas no sentido de alcançar o Objetivo 2 - desenvolver competências na área do aconselhamento em AM - foram as seguintes:

1.Dado a não existência de informação sobre o nível de conhecimentos em matéria de aconselhamento em AM da Equipa de Enfermagem do DMC, realizou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal. Tendo em atenção que as atitudes podem ser consideradas bons preditores de um comportamento manifesto, o estudo utilizou como instrumento de colheita de dados o questionário de Avaliação de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno. A recolha de dados verificou-se durante o mês de Abril.

2.Em simultâneo com a colheita de dados, contactou-se o Núcleo de Estudos e Formação em Enfermagem do HDS, EPE com vista a agendar o “Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno”. O Curso ficou agendado e foi realizada a sua divulgação através dos canais habituais: cartaz e correio eletrónico interno do Hospital (Anexo 12).

3.Realizou-se nos dias 3, 10 e 15 de Maio de 2012, na Sala polivalente do HDS, EPE o “Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno”, com duração total de 20 horas. O Curso ministrado faz parte integrante da Iniciativa Hospital Amigo das

Crianças (módulo 3), uma Iniciativa da OMS e UNICEF que contempla os seguintes módulos:

- *Módulo 1* - Histórico e Implementação, que oferece orientações sobre os processos revisados e opções de expansão no país, unidades de saúde e comunidade, reconhecendo que a Iniciativa foi expandida e deve ser elevada a uma condição de sustentabilidade;
- *Módulo 2* - Como Fortalecer e Sustentar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: um curso para gestores;
- *Módulo 3* – Promovendo e incentivando a amamentação num Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade;
- *Módulo 4* – Auto Avaliação e Monitorização Hospitalar;
- *Módulo 5* – Avaliação e Reavaliação externa.

O Curso, concentrando-se na aplicação de conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde nas suas práticas quotidianas, tem como objetivos: ajudar a dotar a equipa hospitalar com conhecimentos e habilidades necessários para transformar a maternidade, por meio da implementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, e sustentar mudanças em políticas e práticas (OMS & UNICEF, 2009).

Dado que o Curso conta com uma vertente prática e que a OMS&UNICEF (2009) aconselha a que cada formador supervisione de quatro a seis participantes, foram contactados dois EESMOS, um Formador de Conselheiros em AM e outro Consultor em Lactação, que manifestaram a sua disponibilidade para participar. No entanto, e dada a fraca adesão ao curso, não foi necessária a sua presença. A OMS (2009) aconselha a realização de três práticas clínicas:

- Prática clínica 1 - conversa com uma gestante,
- Prática clínica 2 - observar a ordenha manual e a alimentação com copo,
- Prática clínica 3 - observar e auxiliar o AM.

Para a realização das práticas clínicas solicitou-se permissão às Enfermeiras Chefes da consulta Externa de Obstetrícia e da Obstetrícia II para a realização da mesma, tendo sido concedida.

Com o objetivo de criar espaço de apoio e de aconselhamento em AM foi planeada a estruturação de um “Cantinho da amamentação” uma vez o HDS, EPE não

possui um espaço desta natureza e que o suporte da amamentação após a alta é fundamental para que esta tenha sucesso. No entanto, logo aquando da aprovação do projeto pelo Conselho de Administração do HDS, EPE, se verificou, por parte da Coordenadora de Enfermagem a possível dificuldade em obter o número de Enfermeiros necessários na sua prossecução. Ainda houve contactos com a Enfermeira Chefe do BOO, no sentido de avaliar a capacidade da equipa de enfermagem do Bloco, mas contactou-se que de momento seria de todo impossível a criação de um “Cantinho a amamentação”. A evidência científica aponta para o facto de as intervenções de apoio na resolução de problemas durante o estabelecimento da lactação e o treino de competências neste período (posição e pega corretas, por exemplo) aumentarem a iniciação e duração do AM até aos 6 meses (Guise et al, 2003). Segundo os mesmos autores, as intervenções de apoio podem ser realizadas quer através de visitas domiciliárias quer através de contactos telefónicos. Mantendo-se o interesse em criar um “Cantinho da amamentação” equacionou-se a criação de uma linha telefónica de apoio e aconselhamento ao AM. Esta ideia teve a aprovação geral, mas dado o período de férias, ficou em suspenso até Outubro.

## 5.2 Metodologias

A metodologia descreve os métodos e as técnicas utilizadas para concretizar um relatório (Fortin, 1999). Neste sentido, e para atingir o Objetivo 1 foi realizada uma sessão de formação em serviço sobre os benefícios do CPP e manutenção da temperatura corporal do RN durante o mesmo. Esta sessão que tinha como destinatários a equipa médica de Obstetrícia e de Pediatria, equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais do Bloco Operatório de Obstetrícia mas, após contacto com a Sr.<sup>a</sup> Diretora do DMC, esta decidiu adiar a apresentação à equipa médica, dado o período de férias a decorrer e o facto de muitos Médicos estarem ausentes. Realizou-se o agendamento da apresentação para dia 3 de Setembro de 2012, altura em que se realiza a reunião conjunta de Obstetras/Ginecologistas e Pediatras. Procedeu-se ao agendamento da sessão formação em serviço com as Enfermeiras responsáveis pela Formação em Serviço e Enfermeira Chefe do BOO para dia 20 de Junho de 2012 às 14h. A sessão seguiu o plano estabelecido e teve por base um estudo sobre a manutenção da temperatura corporal do Rn quando em CPP, realizado no BOO durante o ano de 2011.

A apresentação dos resultados do estudo, assim como da revisão da literatura foram compilados na apresentação que pode ser consultada em anexo (Anexo 13). Utilizou-se o método expositivo.

Para atingir o Objetivo 2, a metodologia utilizada no desenvolvimento de competências na área do aconselhamento em AM traduziu-se na realização de um "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno". Os conteúdos e estruturação do Curso seguiram na íntegra as orientações da OMS & UNICEF (2009), no Módulo 3 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, referido anteriormente. O Curso contou com um total de cerca de 15 horas em sala de aula e de cerca de 5 horas e prática clínica com grávidas e puérperas. O plano do Curso, assim como a folha resumo da ação e as de sumário e registo de presenças, podem ser consultados em detalhe no anexo 14. Com vista a facilitar o processo de aprendizagem utilizou-se, além do método expositivo, técnicas de role-playing individuais e em pares, demonstrações, estudo de caso e visualização de vídeos. Foram entregues vários documentos de apoio, entre os quais:

- Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças,
- Dez medidas para ser Hospital Amigo dos Bebés,
- Manual do AM,
- Formulário de habilidades de comunicação,
- Lista de Verificação do Pré-natal – alimentação do lactente,
- Formulário de Observação da Mamada,
- Posições para o AM,
- Como Ajudar uma Mãe a Posicionar seu Bebê,
- Expressão manual do leite,
- Doenças maternas e aleitamento,
- AM e medicamentos,
- Lista de verificação de políticas hospitalares para o AM.

A prática clínica 1 - conversa com uma gestante, decorreu no dia 10 de Maio de 2012 na Consulta Externa de Obstetrícia, tendo sido entrevistadas três grávidas (uma para cada duas formandas). A prática Clínica 3 - observar e auxiliar o AM, realizou-se no dia 15 de Maio, na Obstetrícia II tendo sido entrevistadas apenas duas puérperas devido ao reduzido número de puérperas internadas (5) e ao facto de três serem imigrantes (duas de países do Leste da Europa e uma da China) com grande carência de

conhecimentos da língua portuguesa. Não foi possível realizar a observação da ordenha manual e a alimentação por copo em contexto clínico. Em sua substituição visualizaram-se vídeos com o mesmo conteúdo. No final do Curso aplicou-se um questionário de avaliação da formação.

### 5.3 Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas

Para atingir o objetivo 1 foram enunciadas três atividades distintas: as sessões de educação para a saúde e formação em serviço sobre “Contacto pele com pele” para a População A e B e a alteração da norma de cuidados imediatos ao RN. A sessão de formação em serviço de dia 20 de Junho, com o título “Contacto pele a pele” contou com a presença de sete enfermeiros, o que revela fraca adesão uma vez que representam apenas 27,8% da equipa de enfermagem. No final da sessão foi aplicado um questionário (Anexo 15) Os resultados indicam que todos os Enfermeiros (100%) consideram o tema “Contacto Pele a Pele” “Muito Interessante” e que possuem “algum conhecimento” em relação ao tema. Quanto à pergunta: em que medida considera que os conteúdos da ação foram úteis ao desenvolvimento das suas competências um enfermeiro respondeu “úteis” (14,28%), enquanto os restantes (85,72%) responderam “muito úteis”. Relativamente à questão sobre, se considera que a ação poderá ter impacto ao nível do seu desempenho na prestação de cuidados imediatos ao RN cinco consideraram “muito útil” (71,43%), enquanto dois consideraram “útil” (28,57%). Seis Enfermeiros (85,72%) consideraram a sessão “muito útil” ao seu desenvolvimento pessoal, e um (14,28%) considerou “útil”. Apenas dois elementos realizaram uma apreciação crítica sobre a ação de formação. Um refere que a formação foi “uma mais-valia na aquisição e desenvolvimento de competências que contribuem para o desenvolvimento pessoal”. Outro avalia a sessão como “clara e adequada para uma alteração de procedimentos que favorecem a relação familiar e dão enfoque à amamentação”. A avaliação realizada demonstra que os objetivos da sessão foram atingidos.

As sessões de educação para a saúde realizadas nas UCC não tiveram avaliação quantitativa uma vez que se considerou serem sessões com avaliação posterior, ou seja através de pesquisa realizada após a implementação dos conteúdos sobre CPP nos Cursos de Preparação para o Parto. Consideramos que a avaliação destas sessões

poderá ser efetuada no futuro, aquando do internamento destas grávidas. Nessa altura poderá realizar-se um questionário que indague se a parturiente sabe o que é, onde adquiriu os conhecimentos que possui e se deseja efetuar o CPP após o nascimento. Dado que se pretende que este projeto se mantenha e não termine com a realização deste relatório, talvez num próximo consigamos realizar uma avaliação positiva destas ações.

Foram realizadas as ações possíveis para alteração da norma de cuidados imediatos ao RN. A norma foi alterada e apenas carece de parecer da equipa médica, o que só será possível em Setembro depois da sessão sobre CPP. Estimando que o parecer médico, face aos dados que serão apresentados, será positivo, consideramos ter alcançado o objetivo de alterar a forma e frequência da realização do CPP no Bloco de Partos do HDS, EPE.

A realização do estudo sobre as atitudes da equipa médica e de enfermagem face ao AM permitiu identificar o nível de conhecimentos dos mesmos, em matéria de aconselhamento em AM. Verificou-se que os profissionais que possuem formação em AM e Enfermeiros Especialistas, detentores de um nível mais elevado de conhecimento, revelam valores médios de atitude superior aos restantes. Verificou-se também que os Enfermeiros Conselheiros em AM apresentavam valores médios de atitude superiores aos outros profissionais, o que concorre para a necessidade de se realizarem formações em AM.

A realização de um "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno", tendo como destinatários os Enfermeiros e outros técnicos de saúde, teve pouca adesão. Apenas seis Enfermeiros iniciaram o curso, sendo que um deles apenas frequentou parte do primeiro dia de curso. Dos Enfermeiros inscritos quatro pertencem à equipa do BOO e apenas um integra a equipa da Obstetrícia II (unidade de puérperas). Este facto reforça os dados que obtidos na aplicação do questionário socio demográfico quando se estabelece que o maior número de Enfermeiros com formação em AM são EESMO a trabalhar no BOO. Dado que apenas um enfermeiro da equipa de Obstetrícia II frequentou o curso, considerámos improdutivo realizar a avaliação da prevalência do AM durante o mês de Junho/Julho. Da aplicação do questionário de avaliação do "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno", e que pode ser consultado em anexo (Anexo 16), resultou que todas as participantes consideraram o nível de trabalho e dos materiais utilizados adequados, e o nível de aprendizagem ótimo. Das participantes três (60%) classificaram o Curso como ótimo e

duas (40%) como Bom. Dos conteúdos aprendidos os que consideraram mais úteis foram: a importância da amamentação e do seu início precoce, as habilidades de comunicação, a capacidade de demonstrar empatia, o CPP e as formas de apoio no domicílio.

#### 5.4 Recursos materiais e humanos envolvidos

Um recurso é um meio de qualquer que permite alcançar aquilo a que nos propomos. Um material, por sua vez, é algo que pertence ou é relativo à matéria (opõe-se portanto a tudo o que seja do foro espiritual, da mente ou da alma). Posto isto, os recursos materiais são os meios físicos e concretos que ajudam a conseguir um objetivo. Por outro lado, os recursos humanos envolvidos representam as pessoas que de alguma forma estiveram ligadas a este projeto.

A realização deste projeto seria impossível sem a colaboração da equipa de saúde do DMC do HDS, EPE. A equipa Médica e de Enfermagem constituíram a População A do Objetivo 1 e a População do objetivo 2. Do estudo efetuado verificamos que cerca de 82% da equipa participaram neste projeto. Na mesma linha de pensamento foram imprescindíveis as Enfermeiras dos Centros de Saúde que realizam os Cursos de Preparação para o Parto, que alteraram as suas dinâmicas de forma a integrar novos conteúdos; e as grávidas que os frequentam e que amavelmente receberam a autora deste relatório, contribuindo de forma ativa para a realização das sessões.

Não podemos esquecer os órgãos de Chefia do Aces Lezíria e do HDS, EPE, sem os quais não teria sido possível iniciar este projeto.

Na organização do "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno" foi solicitada a colaboração do Núcleo de Estudos e Formação em Enfermagem do HDS, EPE. A sua colaboração foi preciosa na divulgação do Curso, na cedência da sala, dos meios audiovisuais e do serviço de reprografia.

Os recursos materiais mais utilizados foram o computador e o projetor, mas temos de salientar o automóvel e o telefone como imprescindíveis. Menos utilizados mas também importantes temos a referir os manequins de bebés, os modelos de mama, as bombas extratoras de leite e as almofadas de amamentação.

### 5.5 Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas

No dia 26 de Março de 2012 foi entregue o pedido de autorização para implementação do projeto ao Conselho de Administração do HDS, EPE, conjuntamente com cópia do mesmo. O mesmo foi diferido no dia 20 de Abril de 2012 (Anexo 17). No dia 29 de Março teve lugar a reunião de apresentação do projeto à Diretora do DMC, à Enfermeira Coordenadora do DMC e à Enfermeira Chefe do BOO. O Diretor de Clínico do BOO encontrava-se de férias pelo que não pode comparecer. Mais tarde foi pessoalmente informado e solicitada a sua aprovação e colaboração. O projeto contou com a aprovação dos superiores envolvidos apesar das ressalvas realizadas pela Enfermeira Coordenadora, que a mesma descreveu no parecer enviado a aprovação pelo Conselho de Administração:

*“1º - A fundamentação do projeto refere dados que neste momento estão completamente ultrapassados – Fevereiro 2013 -66% e Março 2013 – 74% dos Rns da nossa maternidade fizeram AM, sem contacto com qualquer leite adaptado;*

*2º - No que se refere ao objetivo “criar espaço de apoio e aconselhamento em AM carece este objetivo de apresentação dos recursos necessários – materiais e humanos. Só após esta apresentação nos manifestaremos sobre a sua exequibilidade.”*

No dia 17 de Abril de 2013 foi enviado pedido de autorização à Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Lezíria (Anexo 18) no sentido de realizar a sessão de educação para a saúde sobre os benefícios do CPP e manutenção da temperatura corporal do RN durante o mesmo para a População B - Grávidas a realizar Curso de Preparação para o Parto no HDS, EPE e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém. O pedido foi diferido no dia 29 de Abril de 2013 e no dia 8 de Maio foram facultados os contactos dos diferentes Enfermeiros responsáveis pelos Cursos de Preparação para o parto das UCCs do ACES Lezíria. Posteriormente realizaram-se variados contactos com o propósito de agendar as sessões de educação sobre CPP.

### 5.6 Análise da estratégia orçamental

Os gastos do Projeto e atual Relatório estiveram a cargo da Mestranda, apresentando-se essencialmente sob a forma energética. Energia elétrica para manter

em funcionamento computadores, telefones, impressoras e outros aparelhos elétricos e energia química, nomeadamente o combustível necessário às deslocações efetuadas quer à Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora, quer às diferentes localidades onde se situam as UCCs do ACES Lezíria.

Não houve gastos no aluguer de espaços para realização das sessões ou de divulgação das ações realizadas uma vez que se desenvolveram em contexto do projeto.

Os gastos mais representativos traduziram-se em energia física e anímica que, exigindo uma meticulosa gestão, permitiu a realização deste projeto de intervenção.

### 5.7 Cumprimento do Cronograma

O Cronograma inicialmente traçado não foi cumprido na íntegra. Relativamente ao Objetivo 1, verificou-se atraso na sessão de formação em serviço sobre CPP para a População A uma vez que esta não foi compatível com a realização do "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno" ministrado pela Mestranda, que decorreu durante o mês de Maio. Por outro lado, tornou-se difícil conjugar a presença da Enfermeira Chefe do BOO e Enfermeiras responsáveis pela Formação em Serviço do BOO uma vez que estas estiveram ausentes por férias. Este facto conduziu à realização posterior da reunião de serviço para proposta de alteração da norma de serviço referente à prestação de cuidados imediatos ao RN. A alteração proposta ainda não foi efetuada, aguardando a sessão de formação para a equipa médica do DMC. Quanto às ações de educação em saúde para a População B foram sendo realizadas de acordo com a disponibilidade das Enfermeiras responsáveis pelos Cursos de Preparação para o Parto das UCCs do ACES Lezíria. De acordo com o cronograma, a primeira sessão decorreu a 22 de Abril de 2013, mas as sessões seguintes já decorreram com atraso pelos motivos citados.

Quanto ao Objetivo 2 - Desenvolver competências na área do aconselhamento em AM - a identificação do nível de conhecimentos em matéria de aconselhamento em AM e a realização do "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno" decorreram de acordo com o cronograma estabelecido.

A estruturação de um "Cantinho da amamentação" com vista a criar espaço de apoio e de aconselhamento em AM ficou adiado para um futuro próximo, sem data

marcada por falta de elementos da equipa de enfermagem. Eventualmente a sua criação será substituída pela criação de uma linha de apoio ao AM.

## **6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO**

À medida que avançamos torna-se imprescindível avaliar o sentido e a forma com que o fazemos. Só assim podemos corrigir e alterar o que for necessário, com vista a alcançar as metas propostas.

### **6.1 Avaliação dos objetivos**

O projeto de intervenção a que este relatório é referente tem como objetivo geral promover o Aleitamento Materno no HDS, EPE e como objetivos específicos:

- Promover o CPP durante 30' como parte integrante dos cuidados imediatos ao RN no BOO;
- Desenvolver competências na área do aconselhamento em AM;
- Criar espaço de apoio e de aconselhamento em AM.

De acordo com o projeto realizado a maioria dos objetivos foram cumpridos. Conseguiu-se levar a efeito a sessão de formação em serviço sobre os benefícios do CPP e manutenção da temperatura corporal do RN durante o mesmo para a População A e as sessões de educação para a saúde sobre o mesmo tema mas destinado e adequado à População B (com exceção da UCC de Coruche e de Salvaterra de Magos).

A alteração da norma de cuidados imediatos ao RN já foi debatida e aprovada pela equipa de Enfermagem, faltando apenas o parecer da equipa Médica de Pediatria, o que terá lugar após a sessão de formação sobre CPP destinada à equipa médica do BOO, no dia 3 de Setembro deste ano.

As atividades do Objetivo 2 foram realizadas. Apenas a avaliação da prevalência do AM durante o mês de Junho/Julho na Obstetrícia II (Unidade de puérperas) do HDS, EPE não foi realizada, uma vez que, apenas um dos elementos da equipa de enfermagem realizou o “Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno”, e não se esperar alterações na dinâmica da equipa, provocada pelo Curso.

Apenas o objetivo 3, “Criar um espaço de apoio e aconselhamento em AM

ficou um pouco aquém das expectativas. Não se prevê para breve a criação de um “Cantinho da amamentação”, ficando no entanto levantada a hipótese da criação de uma linha telefónica de apoio e aconselhamento ao AM, em sua substituição.

## 6.2 Avaliação da implementação do programa

Ao longo dos meses o programa foi-se desenrolando e, à medida que os objetivos específicos foram sendo atingidos, o programa foi tendo mais consistência. Em relação ao Objetivo 1, verifica-se que a equipa de enfermagem do BOO, realiza de uma forma mais consistente ao CPP. Frequentemente justificam a realização do CPP com o facto de ser um objetivo que pertence a um projeto realizado no âmbito da obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, mas em simultâneo verifica-se que, timidamente e por iniciativa própria, o CPP começa a integrar os cuidados de enfermagem imediatos ao RN. As sessões de educação para a saúde realizadas nas UCCs do ACES Lezíria, ainda não tiveram grande impacto na solicitação do CPP por parte das parturientes. No entanto, as grávidas e parturientes referem que o tema passou a fazer parte dos conteúdos teóricos dos cursos de preparação para o parto das UCCs do ACES Lezíria.

Relativamente ao Objetivo 2, não se pode negar que a adesão ao primeiro “Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno” foi fraca. No entanto, e respondendo à solicitação do NEFE ficou agendado para Outubro/ Novembro, a realização de mais um Curso. No diálogo com outros profissionais de saúde, já foram identificados mais interessados em frequentar o referido Curso, donde podemos inferir que existe interesse em aprofundar conhecimento na área do aconselhamento em AM.

Quanto ao espaço de apoio e aconselhamento em AM, verifica-se interesse por parte dos Responsáveis hierárquicos na sua implementação. No entanto, a falta de recursos humanos é uma realidade que necessita ser ultrapassada e uma das formas de o conseguir é a proposta de criação de uma linha telefónica de apoio e aconselhamento ao AM, a concretizar em Outubro.

### 6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas

Ao longo da implementação do programa várias foram os momentos de paragem para analisar e refletir sobre o percurso efetuado e a forma de continuar no sentido de alcançar os objetivos propostos. As alterações efetuadas ao Objetivo 1 partiram da Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Lezíria, ao sugerir o alargamento das sessões de educação para a saúde sobre CPP às grávidas a realizar o Curso de Preparação para o Parto a todas as UCCs. A aceitação desta sugestão contribuiu para ampliar a zona de influência das sessões e assim aumentar a divulgação do CPP enquanto promotor do AM. Da análise crítica das primeiras sessões resultou a adição de informação sobre a possibilidade de as grávidas e os seus acompanhantes puderem realizar a visita ao BOO e Obstetrícia II do HDS, EPE. Este fato permite tranquilizar a grávida, tornar o desconhecido conhecido e facilitar o acolhimento aquando do seu internamento para o parto.

Com vista a alcançar o Objetivo 2, foi de extrema importância a sugestão efetuada pela Orientadora da Mestranda no sentido de alargar a colheita de dados à equipa Médica do DMC do HDS, EPE, permitindo assim uma amostra mais representativa da população em estudo.

Quanto ao Objetivo 3, este foi provavelmente o que sofreu análise mais detalhada, com vista a ultrapassar as dificuldades encontradas. Não satisfazendo as expectativas iniciais, pensamos que a solução encontrada, ou seja a substituição, pelo menos a curto prazo, do “Cantinho da amamentação” por uma linha telefónica de apoio e aconselhamento, foi a possível com vista a satisfazer as necessidades encontradas.

## **7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

As alterações provocadas pela gravidez proporcionam um campo fértil à educação para a saúde: “o tempo da gravidez tem sido unanimemente considerado pelos técnicos que com ela trabalham como uma fase ótima de promoção da saúde na sua tripla vertente física, mental e social, abrindo portas a uma desejada interdisciplinaridade” (Leal, 2005, p. 11).

Como foi referido anteriormente, na realização do projeto a que este relatório se reporta, procurou-se ter uma intervenção abrangente de diferentes etapas do cuidar em obstetrícia: período pré-natal, trabalho de parto pós natal, que permitissem o desenvolvimento de competências próprias do ESSMO, definidas no Regulamento n.º 127/2011.

Uma das estratégias mais eficazes na promoção, proteção e apoio ao AM no contexto comunitário, durante a gravidez e depois da alta hospitalar, consiste na educação para a saúde que combina a aquisição de conhecimentos, a criação de atitudes e a aprendizagem e treino de capacidades para a prática do AM desde fases precoces da gravidez até depois da alta da díade, já em casa (Pinto, 2008). Neste sentido, e através das sessões de educação para a saúde subordinadas ao tema “Contacto pele a pele” realizadas nas UCCs e no HDS, EPE procurou-se cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde.

Pretendeu-se desenvolver competências na transmissão de informação à grávida sobre os recursos disponíveis na comunidade, de forma a promover a sua decisão esclarecida no âmbito do CPP como promotor do AM. A Resolução de Conselho de Ministros da Educação dos Países da Comunidade Europeia, de 23 de Novembro de 1998, entende a educação para a saúde como “um processo baseado em regras científicas que utilizam oportunidades educacionais programadas, por forma a capacitar os indivíduos agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre os assuntos relacionados com a saúde” (Couto, 1994, p. 17). As competências mobilizadas na realização destas sessões constituíram um complemento aos programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável, que estão na área de competências dos EESMOs do ACES Lezíria.

O projeto permitiu a concepção, planeamento, coordenação, supervisão, implementação e avaliação de uma intervenção de promoção do AM: a realização do "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno" para Enfermeiros e outros técnicos do HDS, EPE. Esta ação mobilizou e permitiu a aquisição de novas competências na promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e após o parto. O facto de o Curso ter sido frequentado por Enfermeiros a prestar cuidados a puérperas contribuiu para mobilizar as suas competências, no sentido de potenciar a saúde da mesma e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

A título pessoal a realização do "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno" exigiu a mobilização de técnicas pedagógicas que se encontravam "adormecidas" e a aquisição de novas, tornando a experiência bastante enriquecedora.

## 8. CONCLUSÃO

Ao concluirmos este relatório convém lembrar que a grande área de interesse se centrou no AM. Considerar o AM como a melhor forma de alimentar o RN é no mínimo redutor. O AM é um comportamento que precisa de ser resgatado e uma prática que precisa de ser apoiada, é um ato que necessita ser devidamente valorizado e apoiado pela sociedade (Coutinho, 2002) principalmente considerando que a mulher desempenha, hoje, diversos papéis que tem de conciliar com o de mãe, tal como a profissão, que frequentemente ocupa um lugar central na sua vida.

As taxas de AM têm vindo a aumentar nas últimas décadas, como foi referido ao longo do relatório, mas ainda não atingiram os níveis preconizados pela OMS e UNICEF.

Ao partir para a realização de um trabalho de projeto na Área da Saúde Materna e Obstetrícia não poderíamos realizá-lo sobre outra temática. Assim estabelecemos como objetivo geral promover o Aleitamento Materno no Hospital Distrital de Santarém EPE e como objetivos específicos:

- Promover o contacto pele a pele (CPP) durante 30' como parte integrante dos cuidados imediatos ao RN no Bloco Operatório de Obstetrícia (BOO);
- Desenvolver competências na área do aconselhamento em AM;
- Criar espaço de apoio e de aconselhamento em AM.

Como relatámos ao longo solidariedade do relatório, a grande maioria das atividades planeadas para atingir os objetivos foram concretizadas. As sessões de educação para a saúde realizadas no ACES Lezíria às grávidas que frequentavam os cursos de preparação para o parto, permitiram transmitir informação pertinente sobre o CPP como promotor do AM. Esperamos que esta informação sustente a decisão da grávida em realizar contacto pele a pele durante o parto e de o solicitar junto dos profissionais de saúde. Sugerimos a realização de um estudo que avalie e afira a pertinência das sessões de educação para a saúde sobre CPP realizadas nos Cursos de Preparação para o Parto do ACES Lezíria e no HDS, EPE.

As atividades desenvolvidas junto da equipa de saúde do BOO, no sentido de alterar a norma de cuidados imediatos ao RN, são sugestivas de terem modificado a

atitude e a dinâmica da mesma. No dia-a-dia verifica-se o incentivo à prática do CPP, a realização e a aceitação do mesmo por maior número de enfermeiros e médicos o que sugere que a efetivação da nova norma de cuidados imediatos ao RN pós a realização da sessão de formação em serviço sobre CPP destinada à equipa de Médicos do DMC será uma realidade.

Alterar atitudes não é uma tarefa a curto prazo., apesar de já se verificarem alguns progressos. Os resultados da aplicação do questionário sobre as atitudes dos profissionais de saúde face ao AM demonstraram que a formação na área é diminuta e que a realização de formação nesta área contribui para a manifestação de atitudes mais positivas dos profissionais de saúde face ao AM. Quem frequentou o “Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno” atribuiu-lhe valor e relatou essa experiência como importante e pertinente na prática clínica O facto de o mesmo ter tido pouca adesão, apenas nos incentiva a continuar a realizar cursos e outras ações promotoras do AM.

Neste projeto existem etapas a concretizar, nomeadamente a realização de sessões de educação para a saúde no Centro de saúde de Coruche e de Salvaterra de Magos e a criação de uma linha telefónica de apoio e aconselhamento ao AM que substitua temporariamente a estruturação de um “Cantinho da amamentação”. Estudos realizados demonstraram que a combinação da educação para a saúde com as intervenções de apoio na resolução de problemas e treino de competências aumentam significativamente a taxa de prevalência de AM”. Tendo em atenção estes fatores pensamos ser imprescindível continuar a desenvolver esforços para que os profissionais de saúde do HDS, EPE forneçam apoio, suporte e aconselhamento às mães na difícil mas gratificante tarefa que é amamentar, de forma mais simples, sustentada e eficaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2005). The promotion of breastfeeding: Policy statement based on task force report. *Pediatrics*, 115 (2), 496-506.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Documento de Consenso. (s.l) Ordem dos Enfermeiros
- Cardoso, L. (2006) *Aleitamento Materno – Uma Prática de Educação para a Saúde no âmbito da Enfermagem Obstétrica*. Dissertação de mestrado em Educação não publicado. Braga: Apresentado no Instituto de Educação e Psicologia.
- Carvalho, A; Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cordeiro, J. D. (1987). *A saúde mental e a vida*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Salamandra.
- Coutinho, J. (2002). *Atitudes de mulheres em relação à amamentação*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa: apresentado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Direção Geral da Saúde. (2004). *Orientações estratégicas 2004/2010*. (Vol. II). Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 26/07/2013, disponível em: [http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade\\_orientaesestrategicas.pdf](http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestrategicas.pdf)
- Direcção Geral da Saúde. (26 de Setembro de 2010). Registo do Aleitamento Materno. *Circular Informativa N.º: 26/DSR*. Lisboa, Portugal. Acedido em 21/03/2013, disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A30482E0-7310-449F-BCBD-B709D19B71EB/0/i019069.pdf>
- Fortin, M. F. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Galhanas, C.L.M. (1997). Da Qualificação à Produção de Competências em Enfermagem: A Importância da Formação em Serviço. *Pensar Enfermagem*, 0 (1): 5-9.
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel

- Guise, J-M., Palda V., Westhoff C., Chan B. K. S, Helfand M; Lieu T.A. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med*, 5:70-8.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Hospital Distrital de Santarém. Gabinete de Informação para a Gestão (2012). *Relatório de Gestão e Contas*. Disponível no Gabinete de Informação para a Gestão. Documento não publicado.
- Klauss, M.H.; Kennel, J. H.; Robertson, S.S., Sosa, R. (1986). Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Medical Journal*, 293: 585-7.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Levy, L. (1994), A Alimentação no Primeiro Ano de Vida. *Revista portuguesa de Pediatria*, 25 (3), 191-204.
- Levy, L.; Bértolo, H. (2002). *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Levy, L.; Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lima, M. L. P. (1993). Atitudes. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds), *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lopes, M.F. (2006). *Manual de Estilo da APA: Regras Básicas*, American Psychological Association. Portalegre: Artmed.
- Maia, M. J. C. (2007). *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento Materno* - Dissertação de Mestrado não publicado. Porto: apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Maldonado, M. T. P. (1982). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2001). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas.
- Marinho, C. S. S. M. 2003). *Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno – Um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa: apresentado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Olson, J.; Zanna, M. (1990) “Atitude change and attitude- behavior consistency”. Cit. in Baron, & Graziano (Eds), *Social psychology* (2ª ed), New York: Holt, Rinehart & Winston.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa - Conferência para a Promoção da Saúde*. Genebra: WHO. Acedido a 06/12/2013. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- OMS/UNICEF. (1990). *Declaração de Innocenti Sobre a Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno*. Florença: OMS. Acedido a 21/03/2013. Disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10000.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10000.htm)
- OMS/UNICEF. (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Genebra: OMS/UNICEF. Acedido em 21/03/2013. Disponível em [http://www.who.int/nutrition/publications/gi\\_infant\\_feeding\\_text\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_eng.pdf)
- OMS/UNICEF. (2009). *Section 1 - Background and Implementation. Baby-Friendly Hospital Initiative - Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. Genebra: OMS/UNICEF. Acedido em 01/12/2011. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf)
- OMS/UNICEF. (2009). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revista, Atualizada e Ampliada Para o Cuidado Integrado*. Módulo 3 – Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 horas para Equipes de Maternidade. Brasília: OMS/UNICEF. Acedido em 01/12/2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca\\_modulo3.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Recomendação nº2/2012 – Recomendações para a preparação para o nascimento*. Lisboa: Portugal. Acedido em 26/07/2013. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca\\_2\\_2012\\_MCEESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca_2_2012_MCEESMO.pdf)
- Papí, M. T. G., Nogués, M.ª T. B., Fernández, M.ª del M. B., Gutiérrez, A. M., Jurado, R. N.; Monasterolo, C.(1998), Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. *Medicina Fetal Y Neonatologia*, 48 (6).
- Pestana, M.H; Gageiro, J. N. (2000) *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*, 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pinto, T. V. (2008). Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade - Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. *Arquivos de Medicina*, 22(2/3):57-68.
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal (1991), Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 437/91, *Diário da República I Série*, N.º 257 de 8 de Novembro, pp.5726-5741 (Aprova o regime legal da carreira de enfermagem). Acedido em 04/03/2011, disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1991/11/257A00/57235741.pdf>
- Portugal (1998), Ministério da Saúde - Decreto-lei n.º 412/98 *Diário da República I Série*, N.º 300 de 30 de dezembro, pp. 7257-7264 (Procede à reestruturação da carreira de enfermagem, instituída pelo Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro). Acedido em 04/03/2011, disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/12/300A00/72577264.pdf>
- Portugal (1999), Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 411/99 *Diário da República I Série*, N.º 241 de 15 de Outubro, pp.6959-6960. (Realiza reajustamentos pontuais da tabela indiciária da carreira de Enfermagem). Acedido em 03/03/2011, disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/10/241A00/69596960.pdf>
- Portugal (2011) Ministério da Saúde - Regulamento n.º 127/11 *Diário da República II Série*, N.º 35 de 18 de Fevereiro, pp. 8662-8666. (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica). Acedido em 04/03/2011, disponível em: [http://www.apeobstetras.org/Docs/regulamento\\_comp\\_ESMOG.pdf](http://www.apeobstetras.org/Docs/regulamento_comp_ESMOG.pdf)
- Sanmarful, I. (2012). *Aleitamento Materno Elusivo ...na Nossa Maternidade* (trabalho não publicado e cedido por Inês Sanmarful).
- Santos, M. U. (2007). *Preparação para o parto- Promoção do bem-estar da parturiente através da Preparação para o parto*. Dissertação de Mestrado não publicado. Faro: apresentado na Universidade do Algarve
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I.; Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37):9-14. Recebido em 29-08-.2005. Aceite em 01-03-2006.

- Thompson M.; Mestrich R. (1989). Restriction of mother-infant contact in the immediate postnatal period. In: Chalmers I. Enkin M. Kierse MJMC. eds *Effective Care in Pregnancy* (pp. 1322-1330.) England: Oxford University Press
- Universidade de Évora. (2010). *Ordem de Serviço N° 18/2010*. Regulamento do estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem. Évora. Portugal
- WABA. (2007). *Folheto Semana Mundial do Aleitamento Materno*. Amamentação na primeira hora: proteção sem demora! Acessível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003714.pdf>
- WHO (1982). The prevalence and duration of breast-feeding: a critical review of available information. Division of Family Health World Health Organization. *World Health Statistics Quarterly*. 35 (2), 92-116. Acedido a 19/07/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+prevalence+and+duration+of+breastfeeding%3A+a+critical+review+of+available+information.+Division+of+Family+Health+World+Health+Organization.&report=abstract&format=text>
- WHO. (1998). *Evidence for the ten steps to Successful Breastfeeding*.” Genebra: WHO. Acedido a 21/04/2010. Disponível em: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241591544/](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591544/)

Website consultado:

<http://www.pordata.pt/Tema/Municipios/Populacao>

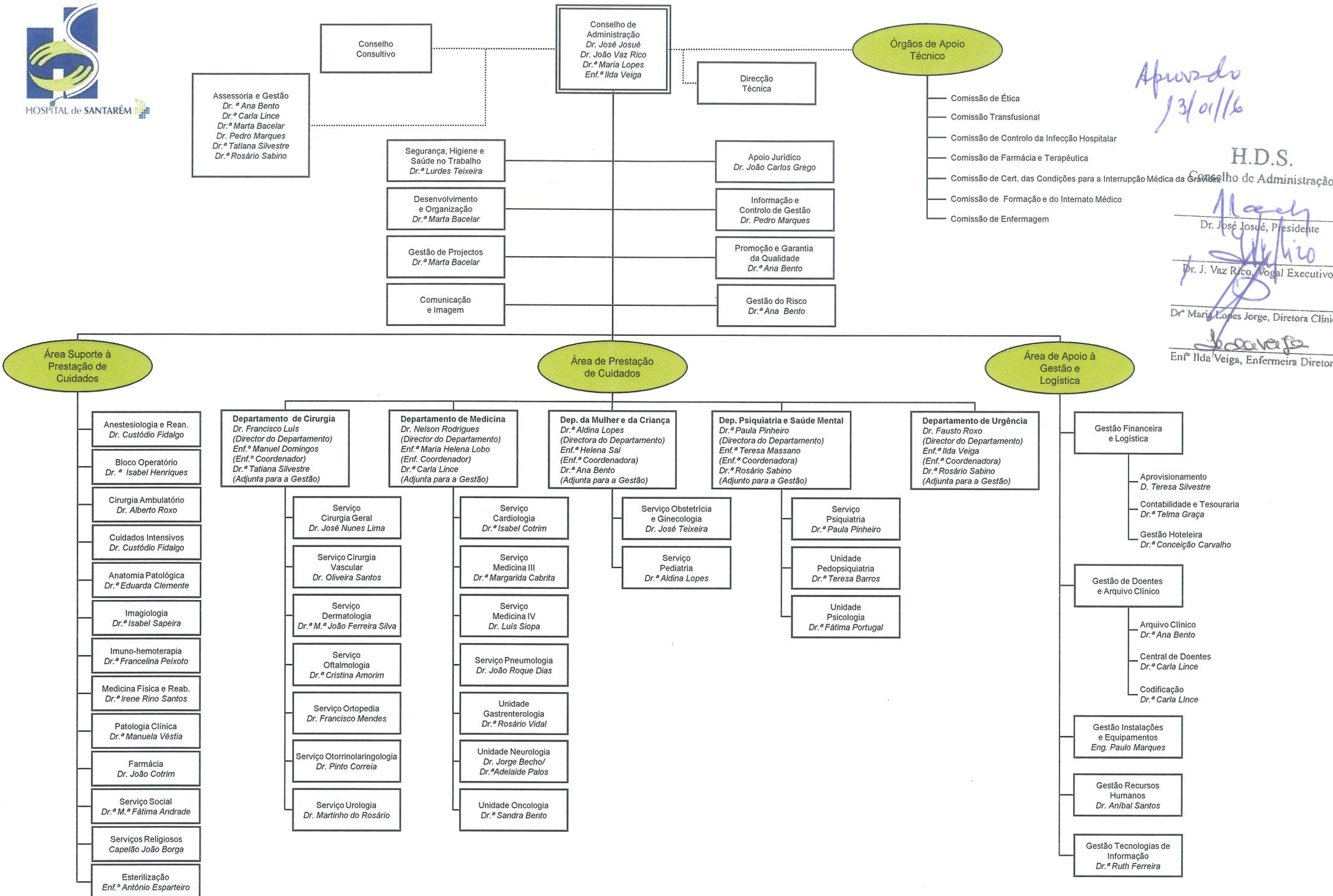
## **APÊNDICES**

## Apêndice 1

Organograma do Hospital Distrital de Santarém, EPE



HOSPITAL de SANTARÉM



Aprovado  
13/01/16

H.D.S.  
Conselho de Administração  
Dr. José Josué, Presidente  
Dr. J. Vaz Rico, Vogal Executivo  
Dr. Maria Lopes Jorge, Diretora Clínica  
Enf. Ilda Veiga, Enfermeira Diretora

## Apêndice 2

Pedido e autorização de aplicação de questionário de Avaliação de Atitudes dos  
Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno

---

## **Ana Violante**

---

**De:** "Isabel M. Leal" <ileal@ispa.pt>  
**Para:** "Ana Maria Violante Gomes Oliveira" <a-violante@sapo.pt>  
**Enviado:** terça-feira, 2 de Abril de 2013 10:16  
**Assunto:** RE: Pedido de permissão

Ana,  
Tem autorização. Bom trabalho.  
Isabel Leal

---

**De:** Ana Maria Violante Gomes Oliveira [a-violante@sapo.pt]  
**Enviado:** segunda-feira, 1 de Abril de 2013 11:19  
**Para:** Isabel M. Leal  
**Assunto:** Pedido de permissão

Bom dia Sr<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabel Leal

Sou Ana Maria Violante Carvalho e peço desculpa por incomodar mais uma vez. Enviei um mail através do seu site oficial, mas devo ter feito alguma coisa errada... Como encontrei outro endereço de e-mail, venho mais uma vez incomodar!

Como tive oportunidade de explicar, sou enfermeira no Hospital de Santarém e encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Universidade de Évora, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Otilia Zangão. O mestrado segue uma metodologia de projeto e o que empreendi tem como objetivo geral promover o aleitamento materno no Hospital de Santarém. Procurando fazer um diagnóstico da situação, venho por este meio solicitar permissão para aplicar o Questionário de Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento Materno.

Pedindo mais uma vez desculpa pelo incomodo e agradecendo a atenção dispensada, fico a aguardar a sua resposta.  
Os meus cumprimentos.

Ana Violante

### Apêndice 3

Questionário de Avaliação de Atitudes dos Profissionais de Saúde face ao Aleitamento  
Materno

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO /CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou, Ana Maria Violante Gomes Oliveira Carvalho, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, aluna do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus/Universidade de Évora.

O questionário que se segue destina-se a realizar um estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia. Este estudo faz parte da intervenção que pretendo realizar, o qual tem como objetivo promover o Aleitamento Materno no Hospital de Santarém, pelo que a sua participação é fundamental.

Para participar deve concordar em responder a um questionário e a uma escala. É livre para concordar ou discordar. Não terá prejuízos nem gastos de qualquer natureza.

Será guardado sigilo e confidencialidade das respostas sobre os seus dados pessoais assim como das suas respostas.

Solicito autorização para utilizar os resultados deste estudo no meu relatório final, para publicação e melhoria no cuidar em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mais precisamente no Aleitamento Materno.

Agradeço a sua colaboração.

Muito obrigado

Ana Violante

---

Eu abaixo assinado, depois de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas, aceito participar plenamente neste estudo.

Santarém, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

(Assinatura do/a participante)

## Questionário de caracterização sociodemográfica

### Sexo:

- Masculino
- Feminino

Idade: \_\_\_\_\_anos

### Estado civil:

- Solteiro
- Divorciado
- Casado/União de facto
- Viúvo

### Habilitações literárias:

- Bacharelato
- Ensino Superior  
(Licenciatura)
- Mestrado
- Doutoramento

### Categoria Profissional:

- Médico(a)
- Ginecologia/Obstetrícia
- Pediatria
- Clínica Geral
- Outra  
Qual? \_\_\_\_\_

- Enfermeiro(a)
- Generalista
- Especialista  
Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de profissão: \_\_\_\_\_anos

### Tem algum curso relacionado com o aleitamento materno:

- Não
- Sim                      Qual? \_\_\_\_\_

### Local de trabalho

- Obstetrícia I
- Obstetrícia II
- Pediatria
- BOO
- Consulta Externa Obstetrícia
- Consulta Externa Pediatria
- Urgência de Pediatria

### Tem filhos?

- Sim
- Não

Se **sim**, amamentou algum dos seus filhos ou a sua esposa/companheira amamentou algum dos seus filhos (por mais de quatro semanas)?

- Sim
- Não

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações relacionadas com o Aleitamento Materno. Assinale com uma cruz no quadrado que melhor traduz o seu grau de concordância com cada uma das afirmações.

Por favor não deixe nenhuma por responder

	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
O aleitamento materno não permite ao pai envolver-se no processo da alimentação do bebé.					
A maior parte dos bebés necessita de leite artificial para aumentar de peso.					
A alimentação com leite artificial é mais fácil para a mãe e para o bebé.					
O aleitamento materno possibilita o estabelecimento de uma relação mais forte entre a mãe e o bebé.					
O aleitamento materno é muito doloroso.					
Não encorajaria uma mulher a amamentar logo na 1ª meia hora após o parto.					
Se a mãe está a estudar, é impossível amamentar.					
O aleitamento materno é o mais saudável para a criança.					
O aleitamento materno produz alterações estéticas irreversíveis nos seios.					
Sinto-me inseguro(a) a abordar algumas questões nesta área do aleitamento materno.					
O aleitamento materno é um processo difícil					
As mães muito ansiosas não deviam amamentar.					
O leite materno é o alimento mais adequado e completo para as crianças durante os primeiros meses de vida.					
Se uma mulher já decidiu amamentar o seu filho com leite artificial não tento incentivá-la ao aleitamento materno.					
Sou a favor da amamentação em horário livre.					
O aleitamento materno é embaraçoso.					
Irrita-me o facto de algumas mulheres decidirem não amamentar por questões estéticas.					
A forma de alimentar um bebé é um assunto que abordo sempre na minha vida profissional.					
O aleitamento materno é emocionalmente mais satisfatório.					

Discuto com as mães as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais.					
Se a mãe trabalha é preferível alimentar o bebé com leite artificial.					
Costumo dialogar com outros técnicos sobre questões relacionadas com o aleitamento materno.					
As propriedades imunológicas do leite materno são extremamente importantes para o bebé.					
Acho importante investir-se no aleitamento materno.					
Quando uma mulher ainda não se decidiu pelo aleitamento materno, tento sempre incentivá-la a optar por este método.					
Não incentivo uma mulher que desenvolveu uma mastite a continuar a amamentar.					
Não considero muito importante informar as mulheres sobre a fisiologia da lactação.					
O aleitamento materno condiciona a liberdade da mãe.					
Atualmente a alimentação com leite materno é tão saudável como o leite artificial.					
Não me sinto particularmente interessado(a) pela área do aleitamento materno.					
Muitas mães que não querem amamentar são "más mães".					
O conhecimento e a motivação da mãe são essenciais para amamentar com sucesso.					
Compreender os motivos que levam uma mãe a não querer amamentar torna-se primordial para promover o aleitamento materno.					
Não querer amamentar é um ato egoísta.					
A maior parte das mulheres tem capacidade para produzir leite suficiente para alimentar o seu bebé.					
O aleitamento materno produz modificações negativas na imagem da mulher.					
Fico satisfeito(a) quando uma mulher toma a decisão de amamentar.					
Se a mulher não inicia o tema da amamentação acho que não é necessário falar no assunto.					
Sinto-me à vontade quando se fala de aleitamento materno.					
Acho incompreensível uma mulher não querer amamentar o seu bebé					
Não consigo apoiar uma mulher que não quer amamentar apenas por questões estéticas.					
O aleitamento materno é a melhor forma de alimentar um recém-nascido.					
Surpreender-me-ia o facto de uma mãe não saber amamentar.					

**Obrigada pela sua colaboração!**



#### Apêndice 4

#### Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

## TEN STEPS TO SUCCESSFUL BREASTFEEDING

A Joint WHO/UNICEF Statement (1989)

*Every facility providing maternity services and care for newborn infants should:*

1. Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.
2. Train all health care staff in skills necessary to implement this policy.
3. Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.
4. Help mothers initiate breastfeeding within a half-hour of birth.
5. Show mothers how to breastfeed, and how to maintain lactation even if they should be separated from their infants.
6. Give newborn infants no food or drink other than breast milk unless *medically* indicated.
7. Practise rooming in - allow mothers and infants to remain together - 24 hours a day.
8. Encourage breastfeeding on demand.
9. Give no artificial teats or pacifiers (also called dummies or soothers) to breastfeeding infants.
10. Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic.

Apêndice 5

Proposta de Trabalho de Projeto



**MESTRADO  
PROPOSTA DE DISSERTAÇÃO,  
ESTÁGIO, TRABALHO DE PROJETO, RELATÓRIO  
PROFISSIONAL**

**APROVAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA**

**PARECER DO DIRETOR DE CURSO**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

**Nome** Ana Maria Violante Gomes Oliveira de Carvalho

**Telefone** 914025499 **E-mail** a-violante@sapo.pt

**Curso:** Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**Nº Matricula** 10786 **Edição** 2012/2014

**2. IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)**

**Orientador** Maria Otília Brites Zangão

**Universidade/Instituição** Universidade de Évora

**Telefone** 266730300 **E-mail** otilliaz@uevora.pt

**3. IDENTIFICAÇÃO DO COORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)**

**Orientador**

**Universidade/Instituição**

**Telefone** **E-mail**

**4. TIPO DE TRABALHO (DISSERTAÇÃO, ESTÁGIO, TRABALHO PROJETO, RELATÓRIO PROFISSIONAL)**

Dissertação  Estágio  Trabalho Projeto  Relatório Profissional

**5. TÍTULO DA TESE/DISSERTAÇÃO/ESTÁGIO/PROJETO TRABALHO/RELATÓRIO PROFISSIONAL**

**Título** Aleitamento Materno: projeto de promoção no Hospital de Santarém

**Nº PÁGINAS DO PROJETO** 4



**MESTRADO**  
**PROPOSTA DE DISSERTAÇÃO,**  
**ESTÁGIO, TRABALHO DE PROJETO, RELATÓRIO**  
**PROFISSIONAL**

**APROVAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA**

**PARECER DO DIRETOR DE CURSO**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

**Nome** Ana Maria Violante Gomes Oliveira de Carvalho  
**Telefone** 914025499 **E-mail** a-violante@sapo.pt  
**Curso:** Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
**Nº Matricula** 10786 **Edição** 2012/2014

**2. IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)**

**Orientador** Maria Otília Brites Zangão  
**Universidade/Instituição** Universidade de Évora  
**Telefone** 266730300 **E-mail** otiliz@uevora.pt

**3. IDENTIFICAÇÃO DO COORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)**

**Orientador**  
**Universidade/Instituição**  
**Telefone** **E-mail**

**4. TIPO DE TRABALHO (DISSERTAÇÃO, ESTÁGIO, TRABALHO PROJETO, RELATÓRIO PROFISSIONAL)**

Dissertação  Estágio  Trabalho Projeto  Relatório Profissional

**5. TÍTULO DA TESE/DISSERTAÇÃO/ESTÁGIO/PROJETO TRABALHO/RELATÓRIO PROFISSIONAL**

**Título** Aleitamento Materno: projeto de promoção no Hospital de Santarém

**Nº PÁGINAS DO PROJETO** 4

OMS/UNICEF. (2009). SECTION 1 - BACKGROUND AND IMPLEMENTATION. *BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. Genebra, Suíça: WHO Document Production Services.

Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (1(37) de 2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 9-14.

## 7. PLANO

<b>Projeto de intervenção</b>			
<b>Atividades de preparação do projeto</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com a Diretora do Departamento da Mulher e da Criança, Diretor Clínico do Serviço de Obstetrícia, Enfermeira Chefe do mesmo departamento e do Serviço de Obstetrícia II e Enfermeira Chefe do Bloco Operatório de Obstetrícia para apresentação do projeto</li> <li>- Entrega de pedido ao Conselho de Administração pra implementação do projeto</li> </ul>			
<b>Atividades de Desempenho do Projeto</b>			
<i>Objetivo:</i> Promover o contacto pele a pele durante 30' como parte integrante dos cuidados imediatos ao recém-nascido no Bloco Operatório de Obstetrícia			
<i>População A:</i> Equipa médica de Obstetrícia e de Pediatria, equipa de enfermagem e de Assistentes Operacionais do Bloco Operatório de Obstetrícia			
<i>População B:</i> Grávidas a realizar Curso de Preparação para o Parto no Hospital de Santarém e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém			
<i>Atividades</i>	<i>Estratégias</i>	<i>Recursos</i>	<i>Data</i>
-Sessão de educação para a saúde sobre os benefícios do contacto pele a pele e manutenção da temperatura corporal do recém-nascido durante o mesmo para a população A	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaboração do plano de sessão</li> <li>-Agendamento da sessão de educação para a saúde com as Enf.<sup>as</sup> responsáveis da Formação em Serviço</li> <li>- Divulgação da sessão</li> <li>- Utilização de método expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Humanos: equipa de saúde</li> <li>-Materiais: computador e projetor</li> </ul>	Abril
Alteração da norma de cuidados imediatos ao RN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agendamento de reunião da equipa de enfermagem com Enfermeira Chefe do BOO</li> <li>- Participação dos fundamentos subjacentes à alteração da norma de serviço</li> <li>- Identificação do grau de receptividade das alterações</li> <li>- Realização das alterações debatidas pela equipa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Humanos: equipa de enfermagem</li> <li>-Materiais: computador</li> </ul>	Abril
-Sessão de educação para a saúde sobre os benefícios do contacto pele a pele e manutenção da temperatura corporal do recém-nascido durante o mesmo para a população B	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaboração do plano de sessão</li> <li>- Agendamento da sessão de educação para a saúde com as Enf.<sup>as</sup> responsáveis pelos Cursos de Preparação para o Parto</li> <li>- Utilização de método expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Humanos: grávidas</li> <li>-Materiais: computador e projetor</li> </ul>	
<i>Objetivo:</i> Desenvolver competências na área do aconselhamento em aleitamento materno			
<i>População:</i> Equipa de Enfermagem do Departamento da Mulher e da Criança			
<i>Atividades</i>	<i>Estratégias</i>	<i>Recursos</i>	<i>Data</i>
Identificação do nível de conhecimentos em matéria de aconselhamento em AM	Aplicação de questionário diagnóstico	Humanos: Equipa de Enfermagem Material: questionário	Abril
Realização de um curso de promoção em aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto com formador (es) externos ou internos à instituição</li> <li>- Reunião com responsável do Núcleo de Estudos e Formação para a Enfermagem e Saúde para agendar início da formação</li> <li>- Divulgação da formação</li> <li>- Formação através de sessões teóricas, teórico-práticas e práticas</li> <li>- Avaliação dos conhecimentos</li> </ul>	Humanos: inscritos no curso Material: computador, projetor, Manual de Aconselhamento em Amamentação	Abril/ Maio

OMS/UNICEF. (2009). SECTION 1 - BACKGROUND AND IMPLEMENTATION. *BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE - Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. Genebra, Suíça: WHO Document Production Services.

Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (1(37) de 2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 9-14.

## 7. PLANO

<b>Projeto de intervenção</b>			
<b>Atividades de preparação do projeto</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com a Diretora do Departamento da Mulher e da Criança, Diretor Clínico do Serviço de Obstetrícia, Enfermeira Chefe do mesmo departamento e do Serviço de Obstetrícia II e Enfermeira Chefe do Bloco Operatório de Obstetrícia para apresentação do projeto</li> <li>- Entrega de pedido ao Conselho de Administração pra implementação do projeto</li> </ul>			
<b>Atividades de Desempenho do Projeto</b>			
<i>Objetivo:</i> Promover o contacto pele a pele durante 30' como parte integrante dos cuidados imediatos ao recém-nascido no Bloco Operatório de Obstetrícia			
<i>População A:</i> Equipa médica de Obstetrícia e de Pediatria, equipa de enfermagem e de Assistentes Operacionais do Bloco Operatório de Obstetrícia			
<i>População B:</i> Grávidas a realizar Curso de Preparação para o Parto no Hospital de Santarém e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém			
<i>Atividades</i>	<i>Estratégias</i>	<i>Recursos</i>	<i>Data</i>
-Sessão de educação para a saúde sobre os benefícios do contacto pele a pele e manutenção da temperatura corporal do recém-nascido durante o mesmo para a população A	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaboração do plano de sessão</li> <li>-Agendamento da sessão de educação para a saúde com as Enf.<sup>as</sup> responsáveis da Formação em Serviço</li> <li>- Divulgação da sessão</li> <li>- Utilização de método expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Humanos: equipa de saúde</li> <li>-Materiais: computador e projetor</li> </ul>	Abril
Alteração da norma de cuidados imediatos ao RN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agendamento de reunião da equipa de enfermagem com Enfermeira Chefe do BOO</li> <li>- Participação dos fundamentos subjacentes à alteração da norma de serviço</li> <li>- Identificação do grau de receptividade das alterações</li> <li>- Realização das alterações debatidas pela equipa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Humanos: equipa de enfermagem</li> <li>-Materiais: computador</li> </ul>	Abril
-Sessão de educação para a saúde sobre os benefícios do contacto pele a pele e manutenção da temperatura corporal do recém-nascido durante o mesmo para a população B	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaboração do plano de sessão</li> <li>- Agendamento da sessão de educação para a saúde com as Enf.<sup>as</sup> responsáveis pelos Cursos de Preparação para o Parto</li> <li>- Utilização de método expositivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Humanos: grávidas</li> <li>-Materiais: computador e projetor</li> </ul>	
<i>Objetivo:</i> Desenvolver competências na área do aconselhamento em aleitamento materno			
<i>População:</i> Equipa de Enfermagem do Departamento da Mulher e da Criança			
<i>Atividades</i>	<i>Estratégias</i>	<i>Recursos</i>	<i>Data</i>
Identificação do nível de conhecimentos em matéria de aconselhamento em AM	Aplicação de questionário diagnóstico	Humanos: Equipa de Enfermagem Material: questionário	Abril
Realização de um curso de promoção em aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto com formador (es) externos ou internos à instituição</li> <li>- Reunião com responsável do Núcleo de Estudos e Formação para a Enfermagem e Saúde para agendar início da formação</li> <li>- Divulgação da formação</li> <li>- Formação através de sessões teóricas, teórico-práticas e práticas</li> <li>- Avaliação dos conhecimentos</li> </ul>	Humanos: inscritos no curso Material: computador, projetor, Manual de Aconselhamento em Amamentação	Abril/ Maio

Apêndice 6

Declaração de Aceitação de Orientação

### DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, definidos no artigo 14.º da Ordem de Serviço n.º 17/2007, de 26 de Junho, do Reitor da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho **Ana Maria Violante Gomes Oliveira de Carvalho** (aluno n.º 10786), conducente ao Relatório de **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**, sob o registo n.º R/B – CR-168/2009) na Direcção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das actividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em **Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**, que versa sobre a problemática da “Aleitamento Materno: projeto de promoção no Hospital de Santarém”.

Por ser um trabalho credível e porque reconheço no mestrando adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 25 de março de 2013

A Orientadora

Maria Otília Brites Zangão

Especialista Maria Otília Brites Zangão  
(Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem/Universidade de Évora)

## Apêndice 7

Plano da sessão de formação em serviço “Contato pele a pele”

## *Plano de Sessão*

<b>Ação de Formação:</b> Contacto Pele a Pele <b>Local:</b> Bloco Operatório de Obstetrícia do Hospital Distrital de Santarém <b>Data:</b> 20 de Junho de 2013 <b>Formador:</b> Enfermeira Especialista em SMO Ana Violante			Data: 20 de Junho de 2013		Duração: 30 minutos	
Objetivos		Conteúdos	Metodologias	Materiais	Tempo	Avaliação
Gerais	Específicos					
Promover o aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o contacto pele a pele no BOO do HDS</li> <li>- Demonstrar que, no Bloco Operatório de Obstetrícia do Hospital Distrital de Santarém, a temperatura corporal dos Rns não diminui quando em contacto pele-a-pele com a mãe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de conceito</li> <li>- Benefícios</li> <li>- Procedimentos a ter</li> <li>- Duração do CPP</li> <li>- Justificação do estudo</li> <li>- Objetivos</li> <li>- Metodologia</li> <li>- Resultados do estudo</li> <li>-Conclusões</li> </ul>	Método expositivo	Computador e projetor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introdução 5 minutos</li> <li>- Desenvolvimento 20 minutos</li> <li>- Conclusão 5 minutos</li> </ul>	Aplicação de questionário

## Apêndice 8

Norma de Serviço – Adaptação à vida extra uterina

	<b>ADAPTAÇÃO À VIDA EXTRA UTERINA</b>
<b>Hospital Distrital de Santarém, EPE</b>	
<b>BLOCO OPERATÓRIO DE OBSTETRÍCIA</b>	<b>Norma de Procedimento N<sup>o</sup></b>
<b>Elaboração:</b>	
<b>Aprovação</b>	<b>Data:</b>
<b>Entrada em vigor</b>	<b>Data:</b>
<b>Revisão:</b>	<b>Data:</b>

**CONCEITO:**

Adaptação à vida extra uterina ou transição feto – neonatal é um processo biológico complexo que envolve modificações funcionais em todos os órgãos e sistemas do recém-nascido, permitindo-lhe viver separado da unidade útero placentária. Os aspetos mais importantes da transição fetal neonatal são:

- A conversão do pulmão cheio de líquido num órgão arejado e distensível realizando trocas gasosas
- O estabelecimento de uma circulação tipo adulto.
- Separação de um ambiente térmico estável como é o útero.
- Adaptação metabólica à vida extra uterina.

A adaptação fisiológica do recém-nascido de termo à vida extra uterina decorre durante as primeiras 24 horas após o nascimento e considera-se completa quando os sinais vitais, a capacidade de alimentação e as funções, gastrointestinal e renal estão normais. (Teixeira, Rocha, & Guimarães, 2007).

**OBJETIVO:**

Facilitar a adaptação à vida extra uterina.

**QUEM EXECUTA:**

- Enfermeiro
- Pediatra

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM:****PREPARAÇÃO DE MATERIAL:****CUIDADOS IMEDIATOS:**

- Luvas
- Panos secos e aquecidos
- Monitor de SpO2
- Balança
- Medicação (vit K)

**REANIMAÇÃO:**

- Sondas de aspiração Nº 10, 8
- (AMBU)
- Laringoscópio (lâminas retas)
- Tubos endotraqueais (2,5-3-3,5)
- Pinça Maguil
- Fio condutor
- Estetoscópio
- Toallete tintura de benjoin
- Adesivo para fixar
- Seringa 10 ml
- Medicação (Adrenalina + SF 0,9%)

**CATETERIZAÇÃO DA VEIA UMBILICAL:**

- Bisturi
- Nastro esterilizado
- Fita métrica esterilizada
- Seringa 10 ml (expurgar cateter venoso)
- Cateter venoso umbilical
- SF a 0,9%
- Seringa 10 ml para prepara diluição de adrenalina (1 ampola de adrenalina+ 9 ml de SF)

## **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:**

- Preparar e verificar todo o material necessário para os cuidados imediatos ao recém-nascido, bem como material para iniciar manobras de reanimação, mantendo a sala aquecida.
- Sempre que possível efetuar a clampagem 1 minutos após expulsão.
- Se recém-nascido com choro ou respiração vigorosos, bom tônus muscular e frequência cardíaca superior a 100 bpm por minutos:
- Proteger o RN de corrente de ar, secá-lo imediatamente após o parto, excetuando a face, cobrindo o corpo e a cabeça do bebê com panos quentes e secos.
- Colocar bebê em contacto pele a pele com a mãe, cobrindo-os com pano quente.
- Manter os cuidados de manutenção da temperatura corporal do RN, permanecendo se necessário sob fonte de calor, secando o RN convenientemente, substituindo os panos utilizados, trocando os panos sempre que necessário.
- Observação física do RN (presença de globo ocular, integridade da coluna vertebral e perfuração do ânus).
- Determinar peso e comprimento sem roupa e sem fralda.
- Administrar Vit. K (10 UI) IM na face lateral do terço médio da coxa.
- Avaliar a pertinência do primeiro banho.
- Dar banho de banheira se mãe com serologias positivas, líquido tinto de mecónio ou suspeita de infeção materna.
- Proporcionar ao acompanhante a possibilidade de dar banho e vestir o RN com supervisão do enfermeiro.
- Colocar pulseira de identificação do RN na presença do acompanhante/ mãe.
- Promover o reforço da relação da tríade.
- Efetuar registos.

## **REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO**

*“São relativamente poucos os recém-nascidos que necessitam de reanimação ao nascer. Entre os que necessitam de algum apoio, a esmagadora maioria requer apenas insuflação pulmonar assistida. Uma pequena minoria pode necessitar de um breve período de compressões torácicas, para além da ventilação.”* (European Resuscitation Council, 2010)

### **SE O RECÉM-NASCIDO NECESSITA DE SER REANIMADO:**

- Providenciar presença de pediatra em partos que antes do nascimento se preveja a necessidade de reanimação ou estabilização, ou sempre que sejam avaliados sinais que demonstrem inadequada adaptação á vida extrauterina.
- Colocar o RN em superfície aquecida sob fonte de calor radiante previamente ligada.
- Seguir algoritmo do Suporte de Vida Neonatal. (**Anexo 1, adaptado 2010, ERC**).
- A avaliação do RN deve ser efetuada mediante os parâmetros constantes no Algoritmo e de acordo com a seguinte descrição:

## **RESPIRAÇÃO**

Verificar se o recém-nascido respira. Em caso afirmativo, avaliar a frequência, profundidade e simetria da respiração, bem como a presença de padrão respiratório anormal, como gemido ou respiração agónica.

## **FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)**

A melhor forma de avaliar a FC é por auscultação cardíaca, no ápex. A palpação do pulso na base do cordão umbilical é muitas vezes eficaz mas pode ser enganadora; só é fiável se for claramente superior a 100 min. Em recém-nascidos que necessitam de reanimação e/ou de suporte respiratório continuado, um oxímetro de pulso pode fornecer uma avaliação fiável da FC

## **COLORAÇÃO**

Observar a coloração é um mau método de avaliar a oxigenação que deve idealmente ser avaliada por oximetria de pulso. Geralmente um bebê saudável nasce cianosado mas rapidamente começa a ficar rosado, cerca de 30 segundos após o início de uma respiração eficaz. A cianose periférica é habitual e, por si só, não significa hipoxémia. A persistência de palidez apesar de ventilação pode indicar acidose significativa ou, raramente, hipovolémia. Apesar de a coloração ser um mau método de avaliar a oxigenação, não deve ser ignorada; um recém-nascido cianosado deve ser avaliado por oximetria de pulso.

## **TÓNUS**

Quando um recém-nascido está muito hipotónico provavelmente estará não reativo e necessitará de ser ventilado.

## **ESTIMULAÇÃO TÁCTIL**

Habitualmente, secar o recém-nascido produz estimulação táctil suficiente para iniciar uma respiração eficaz. Devem ser evitados métodos de estimulação mais vigorosos. Se um curto período de estimulação não resultar em respiração espontânea eficaz, serão necessárias outras formas de intervenção.

## **ASPIRAÇÃO DA VIA AÉREA**

Colocar o bebê em decúbito dorsal com a cabeça em posição neutra. Uma toalha ou pano dobrado, com cerca de 2 cm de espessura, debaixo dos ombros do recém-nascido, pode ajudar a manter a cabeça em posição correta. **A aspiração apenas é necessária se a via aérea estiver obstruída** e deve ser efetuada sob visualização direta. Uma aspiração agressiva da faringe pode provocar espasmo laríngeo, bradicardia vagal e atrasar o início de respiração espontânea. A presença de mecónio espesso num bebê pouco reativo é a única indicação para considerar a aspiração imediata da oro faringe. **Não está recomendada a aspiração de mecónio da boca e nariz de um bebê ainda não nascido, com a cabeça ainda a nível do períneo.**

## VENTILAÇÃO

**Se não houver movimentos respiratórios adequados após as medidas iniciais, a insuflação pulmonar é a prioridade.** Em recém-nascidos de termo, a reanimação deve ser iniciada com **ar ambiente**. O principal indicador de **uma insuflação adequada é uma rápida melhoria da frequência cardíaca**. Se não ocorrer esta melhoria, confirmar se há boa expansão torácica.

Ao proceder a insuflações pulmonares deve manter-se a pressão de insuflação inicial durante 2-3 segundos, para ajudar a expansão pulmonar. A maioria dos recém-nascidos com necessidade de reanimação responderá com um rápido aumento da frequência cardíaca durante os primeiros 30 segundos de insuflação pulmonar. **Se a frequência cardíaca aumentar mas o bebê não respirar adequadamente, deve manter-se ventilação**, com frequência de cerca de 30 ciclos/min. e cerca de um segundo por cada insuflação, até haver respiração espontânea adequada.

Caso se opte por compressões torácicas estas serão ineficazes sem insuflação pulmonar adequada.

sendo portanto necessário confirmar uma boa insuflação antes de iniciar suporte circulatório. Deve manter-se sempre suporte ventilatório até o bebê apresentar respiração normal e regular.

## COMPRESSÕES TORÁCICAS/ SUPORTE CIRCULATÓRIO

O suporte circulatório com compressões torácicas apenas será eficaz se tiver havido insuflação pulmonar adequada. Deve iniciar-se compressões torácicas se a frequência cardíaca for inferior a 60 bpm/ min apesar de ventilação eficaz.

Métodos de compressão:

- Técnica do abraço – colocar os dois polegares lado a lado sobre o terço inferior do esterno, imediatamente abaixo da linha inter mamilar, com os outros dedos envolvendo o tórax e apoiando o dorso.

- Outro método – localizar o apêndice xifoide e colocar os polegares cerca de um dedo acima. O esterno deve ser comprimido até uma profundidade de cerca de um terço do diâmetro antero -posterior do tórax, permitindo descompressão completa entre compressões.

A relação compressões/ventilações deve ser de 3:1, procurando conseguir um total de 120 eventos por minuto, isto é, 90 compressões e 30 ventilações. Verificar a frequência cardíaca espontânea depois de cerca de 30 segundos, e depois periodicamente, interrompendo as compressões quando for superior a 60 bpm/ min.

### **FÁRMACOS**

Geralmente é ponderada a administração de adrenalina na diluição de 1 ampola (1mg) + 9 ml de SF a 0,9%, administrada ou por via EV (cateter umbilical venoso), ou por via endotraqueal.

A utilização de bicarbonato, não é geralmente feita em reanimações de curta duração.

### **SUSPENSÃO DA REANIMAÇÃO**

As indicações para suspensão de reanimação devem ser emitidas por entidades locais ou nacionais. Quando a frequência cardíaca de um recém-nascido não é detetável e se mantém indetetável após 10 minutos, é adequado ponderar a suspensão da reanimação. Nos casos em que a frequência cardíaca ao nascer é inferior a 60 min<sup>-1</sup> e não melhora após 10 ou 15 minutos de medidas de reanimação contínuas e aparentemente corretas, essa decisão é muito menos clara. Nesta situação não existe evidência suficiente acerca do prognóstico que permita uma orientação segura em relação a manter ou suspender a reanimação.

### **COMUNICAÇÃO COM OS PAIS**

A equipa que cuida de um recém-nascido deve manter os pais informados acerca da evolução do bebé. Ao nascer, devem ser prestados os cuidados de rotina segundo as orientações locais e, se possível, colocar o bebé junto da mãe logo que possível.

Se for necessária reanimação, os pais devem ser informados dos procedimentos e do motivo porque foram necessários. Todas as discussões e decisões devem ser registadas no processo da mãe antes do parto e nos registos do recém-nascido depois do nascimento.

**NOTA:**

Todas estas recomendações têm por base o European Resuscitation Council e as *guidelines* para a reanimação emitidas em 2010, passando-se a expor a principais atualizações em relação a anos anteriores:

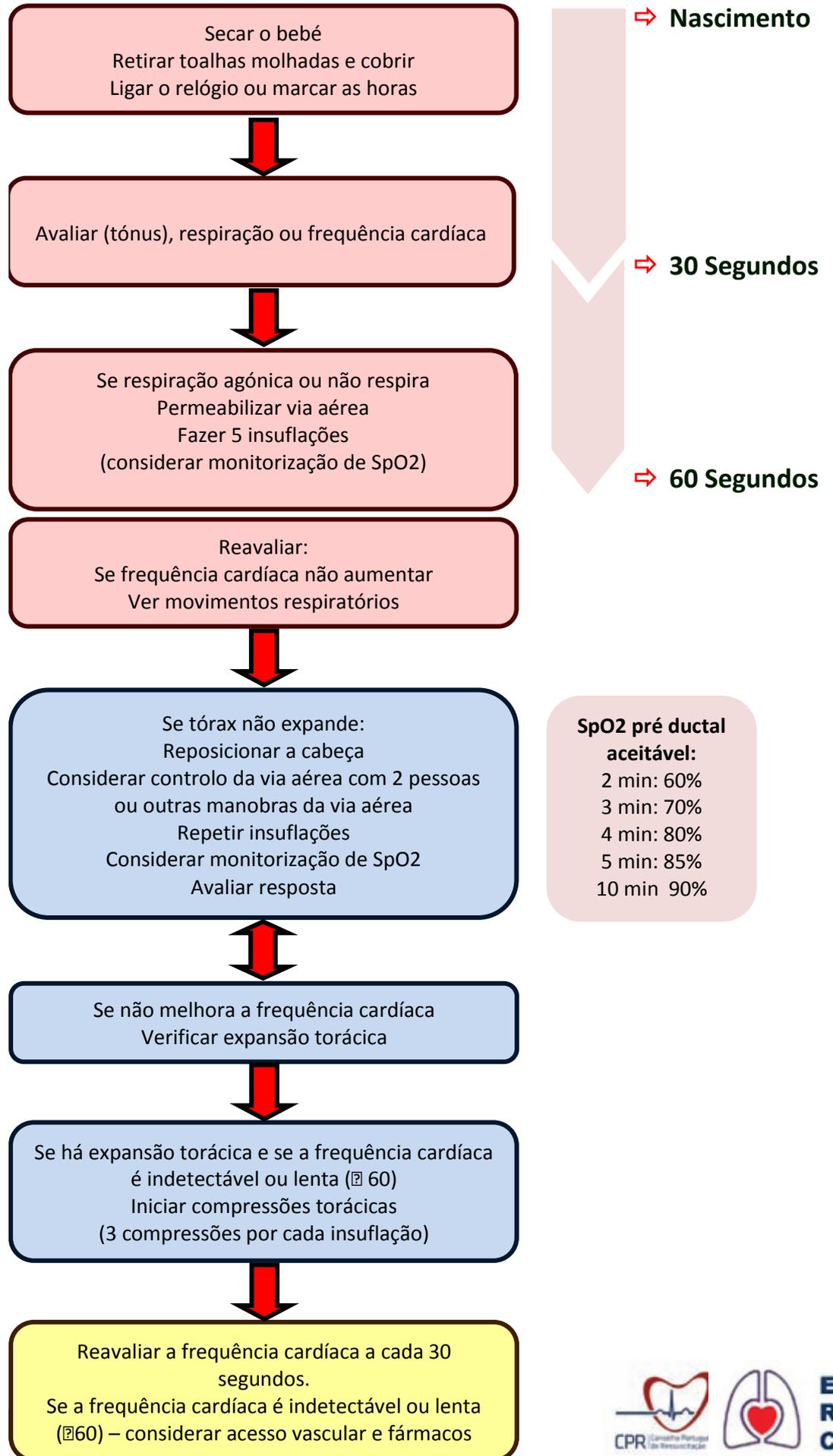
- É agora recomendado um intervalo de pelo menos um minuto até à clampagem do cordão, após o parto, em bebés clinicamente bem. Ainda não existe evidência suficiente para recomendar a altura ideal para a clampagem do cordão em bebés que nascem com compromisso clínico significativo.
- A reanimação de recém-nascidos de termo deve ser efetuada com ar ambiente. Se, apesar de uma ventilação eficaz, a oxigenação se mantiver inadequada (idealmente avaliada por oximetria), deve ponderar-se a utilização de uma concentração de oxigénio mais elevada.
- Os recém-nascidos prematuros com menos de 32 semanas de gestação podem não atingir, apenas com ar ambiente, as mesmas saturações de oxigénio que os bebés de termo
- Nestes casos deve ser usada uma mistura de ar e oxigénio, cuidadosamente e sob orientação de oximetria de pulso. Se não houver mistura de ar e oxigénio, deve usar-se o que estiver disponível.
- A relação compressões/ventilações recomendada para a reanimação neonatal continua a ser de 3:1.
- Não está recomendada a aspiração de mecónio da boca e nariz de um bebé ainda não nascido, com a cabeça ainda a nível do períneo. Na presença de um recém-nascido hipotónico e em apneia que nasceu através de mecónio, é razoável inspecionar rapidamente a orofaringe e remover eventuais obstruções. Se houver um reanimador com competência adequada, a entubação e aspiração traqueais podem ser úteis. No entanto, se a tentativa de entubação for demasiado prolongada ou não conseguida, deve iniciar-se ventilação por máscara, especialmente na presença de bradicardia persistente.
- A via intravenosa (IV) é recomendada se for necessário usar adrenalina, na dose de 10-30 micrograma/kg. Se tiver que se usar a via traqueal, é provável que

seja necessária uma dose de pelo menos 50-100 micrograma/ kg para obter um efeito semelhante a 10 micrograma/kg por via IV.

# Suporte de Vida Neonatal

Durante todo o processo perguntar:

Preciso de ajuda?



## Apêndice 9

Proposta de alteração à norma de serviço – Adaptação à vida extra uterina

	Cuidados imediatos ao recém nascido
Hospital Distrital de Santarém, EPE	
BLOCO OPERATÓRIO DE OBSTETRÍCIA	Norma de Procedimento N <sup>o</sup>
Elaboração:	
Aprovação	Data:
Entrada em vigor	Data:
Revisão:	Data:

**CONCEITO:**

Adaptação à vida extra uterina ou transição feto – neonatal é um processo biológico complexo que envolve modificações funcionais em todos os órgãos e sistemas do recém-nascido, permitindo-lhe viver separado da unidade útero placentária. Os aspetos mais importantes da transição fetal neonatal são:

- A conversão do pulmão cheio de líquido num órgão arejado e distensível realizando trocas gasosas
- O estabelecimento de uma circulação tipo adulto.
- Separação de um ambiente térmico estável como é o útero.
- Adaptação metabólica à vida extra uterina.

A adaptação fisiológica do recém-nascido de termo à vida extra uterina decorre durante as primeiras 24 horas após o nascimento e considera-se completa quando os sinais vitais, a capacidade de alimentação e as funções, gastrointestinal e renal estão normais. (Teixeira, Rocha, & Guimarães, 2007).

**OBJETIVO:**

Facilitar a adaptação à vida extra uterina.

**QUEM EXECUTA:**

- Enfermeiro

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM:****PREPARAÇÃO DE MATERIAL:**

- Luvas
- Panos secos e aquecidos
- Gorro
- Balança
- Craveira
- Medicação (vit K)

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:**

- Preparar e verificar todo o material necessário para os cuidados imediatos ao recém-nascido, mantendo a sala aquecida.
- Sempre que possível efetuar a clampagem 1 minutos após expulsão.
- Se recém-nascido com choro ou respiração vigorosos, bom tônus muscular e frequência cardíaca superior a 100 bpm por minutos (Índice de Apgar > 8):
- Proteger o RN de corrente de ar, secá-lo imediatamente após o parto, cobrindo o corpo e a cabeça com panos quentes e secos.
- Determinar peso e comprimento sem roupa e sem fralda.
- Colocar bebé despido e com gorro, em posição ventral sobre o tórax materno, pele com pele, cobrindo-os com pano quente.
- Manter contacto precoce durante 30 minutos, se possível.
- Observação física do RN (presença de globo ocular, integridade da coluna vertebral e perfuração do ânus).
- Administrar Vit. K (10 UI) IM na face lateral do terço médio da coxa.

- Avaliar a pertinência do primeiro banho.
- Dar banho de banheira se mãe com serologias positivas, líquido tinto de mecónio ou suspeita de infeção materna.
- Proporcionar ao acompanhante a possibilidade de dar banho e vestir o RN com supervisão do enfermeiro.
- Colocar pulseira de identificação do RN na presença do acompanhante/ mãe.
- Promover o reforço da relação da tríade.
- Efetuar registos.

Apêndice 10

Declarações comprovativas da realização de sessões de educação para a saúde  
“Contacto pele a pele”

## Ana Violante

---

**De:** "Responsável de Enfermagem" <respenf\_alm@csalmeirim.srssantarem.min-saude.pt>  
**Para:** "Ana Maria Violante Gomes Oliveira" <a-violante@sapo.pt>  
**Enviado:** quarta-feira, 26 de Junho de 2013 11:29  
**Assunto:** Declaração de formação



## Declaração

Para os devidos efeitos se informa que no dia 22 de Abril de 2013, a Enfermeira Ana Violante, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, realizou uma sessão de formação com o título "Contato pele com pele" com o objectivo de divulgar o contato precoce após o nascimento como promotor do aleitamento materno. A sessão contou com 10 formandos inscritos no Curso de Preparação para a Parentalidade da Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim.

Santarém, 25 de Abril de 2013

 **Fernanda Cardoso**  
*Coordenadora de Enfermagem*  
Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria  
*Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Almeirim*  
Rua Canto do Jardim, 2080-011 Almeirim - Portugal  
Telef. 243 594 350 - Fax. 243 594 351



Alpiarça, 19 de Agosto de 2013

DECLARAÇÃO

-----  
--- Para os devidos efeitos declara-se que no dia 11 de Junho de 2013, a Enfermeira Ana Violante, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, realizou uma sessão de divulgação com o título "Contato Pele com Pele", com o objetivo de divulgar o contacto precoce após o nascimento como promotor do aleitamento materno. -----

--- A sessão contou com a presença de 7 grávidas inscritas no Curso de Preparação para a Parentalidade em desenvolvimento na UCC Almeirim/Alpiarça – Pólo de Alpiarça. -----  
-----  
-----

O Coordenador da UCC Almeirim/Alpiarça

Paulo Guia, Enf.º

## Declaração

Para os devidos efeitos se informa que no dia 05 de julho de 2013, a Enfermeira Ana Violante, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, realizou uma sessão de divulgação com o título "Contato pele com pele" com o objetivo de divulgar o contato precoce após o nascimento como promotor do aleitamento materno.

A sessão contou com 6 (Seis) grávidas inscritas no Curso de Preparação para a Parentalidade do Centro de Saúde de Cartaxo, UCC Vila Chã de Ourique.

Cartaxo, 05 de julho de 2013  
Arranamento de Centros de Saúde de Cartaxo  
Associação de Ligados da Comunidade do Cartaxo  
Maria Adelaide Martins (ESMT)



## Declaração

Para os devidos efeitos se informa que no dia 9 de Julho de 2013, a Enfermeira Ana Violante, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, realizou uma sessão de divulgação com o título "Contato pele com pele" com o objetivo de divulgar o contato precoce após o nascimento como promotor do aleitamento materno. A sessão contou com 8 grávidas inscritas no Curso de Preparação para a Parentalidade do Hospital de Santarém. Mais se informa que o tema e a apresentação passaram a integrar os conteúdos teóricos do referido curso.

Santarém, 27 de Julho de 2013

Helena Casaca

## Declaração

Para os devidos efeitos se informa que no dia 10 de julho de 2013, a Enfermeira Ana Violante, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, realizou uma sessão de divulgação com o título "Contato pele com pele" com o objetivo de divulgar o contato precoce após o nascimento como promotor do aleitamento materno.

A sessão contou com 15 (quinze) grávidas/acompanhantes inscritos no Curso de Preparação para a Parentalidade do Centro de Saúde de Santarém, UCC Santarém.

Santarém, 10 de Julho de 2013

  
Enfª Chefe  
MANU  
Maria Adelaide Martins (ESPO)

## Declaração

Para os devidos efeitos se informa que no dia 16 de Julho de 2013, a Enfermeira Ana Violante, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, realizou uma sessão de divulgação com o título "Contato pele com pele" com o objetivo de divulgar o contato precoce após o nascimento como promotor do aleitamento materno. A sessão contou com 6 grávidas inscritas no Centro de Saúde da Chamusca. Mais se informa que o tema e a apresentação passarão a integrar os conteúdos teóricos do Curso de Preparação para a Parentalidade da Unidade de Cuidados na Comunidade da Chamusca.

Chamusca, 02 de Agosto de 2013

P'la Enf<sup>a</sup> Chefe da UCSP

Henso Nunes

(Assinatura)



## Declaração

Para os devidos efeitos se informa que no dia 13 de Junho de 2013, a Enfermeira Ana Violante, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, realizou uma sessão de divulgação com o título "Contato pele com pele" com o objetivo de divulgar o contato precoce após o nascimento como promotor do aleitamento materno. A sessão contou com 10 grávidas inscritas no Curso de Preparação para a Parentalidade da Unidade de Cuidados na Comunidade de Rio Maior. Mais se informa que o tema e a apresentação passaram a integrar os conteúdos teóricos do referido curso.

Rio Maior, 13 de Junho de 2013

Ministério da Saúde  
Aces do Ribatejo  
UCC Rio Maior  
Telef. 243 999 223/209

  
(Assinatura)

## Apêndice 11

Apresentação em *Powerpoint* utilizada nas sessões de educação para a saúde  
“Contacto pele a pele”

# *Pele com pele*





*Pele  
com  
pele*

# *O toque*

- Sabe-se que o toque é a forma mais básica de transmissão de segurança e afeto e deve ser estimulado desde os primeiros minutos de vida do recém-nascido



*Pele  
com  
pele*

## *Contato pele com pele*

- Consiste em manter o bebê nu, deitado de barriga para baixo no peito da mãe, logo após o nascimento ou o mais cedo possível.



*Pele  
com  
pele*

## *Quais os benefícios?*

- Ajuda o bebé na transição para a vida extra uterina: melhora a função respiratória e cardiovascular.
- Diminui a dor, o choro e o stress do bebé
- Mantém o bebé mais quente



*Pele  
com  
pele*

## *Quais os benefícios?*

- Melhora a interação mãe-bebé e reforça laços familiares
- Ajuda os bebês a adaptarem-se ao novo meio ambiente, não estéril
- Cria uma proteção interna do bebé.

## *Quais os benefícios?*

- Facilita o retorno do útero ao seu lugar
- Previne hemorragia e anemia
- Ajuda a mãe a amamentar com sucesso
- Ajuda a mãe a recuperar a sua forma física.



*Pele  
com  
pele*

## *O que é preciso?*

- Limpar bem o bebé
- Colocar gorro
- Tapar com pano aquecido
- Não haver roupa entre a mãe e o bebé
- Se possível, permanecer durante pelo menos 30 minutos



*Pele  
com  
pele*

- O contacto pele com pele permite ao bebé adotar um comportamento inato que o leva a alimentar-se nas primeiras horas de vida (breastcrawl) contribuindo para o aleitamento materno



*Pele  
com  
pele*

## ***Breastcrawl***

- O bebê arrasta-se do abdômen para a mama da mãe
- Atividade mão-boca coordenada,
- Procura ativa do mamilo em simultâneo com ampla abertura da boca
- Fixação firme à mama e mamada vigorosa antes de dormir.

*Pele  
com  
pele*

- No Bloco de Partos do Hospital de Santarém o contato pele com pele é uma realidade.
- Participe na visita guiada à Maternidade do Hospital de Santarém
- Agende a visita através do telefone 243 300 200 ou 926 223 981



*Pele  
com  
pele*

# Breastcrawl - Filme







*Pele  
com  
pele*

**Dúvidas!**

**Bem hajam!**

## Apêndice 12

Cartaz de divulgação do “Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno”



HOSPITAL de SANTARÉM

# Formação

Núcleo de Estudos e Formação para a Enfermagem e Saúde

## Maio 2013

**“Curso de Promoção do  
Aleitamento Materno”**

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros e outros Técnicos interessados no Tema

**DATA:** 3,10 e 15 de Maio

**LOCAL:** Sala Polivalente

**HORARIO:** 9-17h

**DURAÇÃO:** 21 horas

(Parceria de Curso de Mestrado e UNICEF )

**“Curso de Assertividade”**

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros ,AOs e outros Técnicos

**DATA:** 7,14 e 21 de Maio

**LOCAL:** Sala Reuniões

**HORARIO:** 9-17h

**DURAÇÃO:** 21 horas

**“”Enfermagem  
humanitária”  
Projeto de ensino de  
Gestão de Saúde em Timor  
Leste**

**DESTINATÁRIOS:** Todos os Enfermeiros e Técnicos

**DATA:** 16 de Maio

**LOCAL:** Sala Polivalente

**HORARIO:** 15 às 16 h

**DURAÇÃO:** 1 hora

**NÃO NECESSITA INSCRIÇÃO**

(Parceria entre o IPAD, Fundação Calouste Gulbenkian e Instituto Superior de Saúde de Timor Leste)

### **PARA INSCRIÇÕES CONTACTAR:**

**Área de Desenvolvimento Profissional**

**Biblioteca, Piso 1**

**Telefone: 243300864 / Ext. 1404**

**ou**

**NEFES**

**Enf<sup>a</sup> Fazenda**

**Telefone: 243300212/Ext 1312**

**[d.fazenda@hds.min-saude.pt](mailto:d.fazenda@hds.min-saude.pt)**

### Apêndice 13

Apresentação em *Powerpoint* utilizada na sessão de formação em serviço  
“Contacto pele a pele”



# *Pele com pele*





*Pele  
com  
pele*

# *O toque*

- Sabe-se que o toque é a forma mais básica de transmissão de segurança e afeto e deve ser estimulado desde os primeiros minutos de vida do recém-nascido e respeitado sob a forma de contacto pele-a-pele (Lamaze, 2003)



*Pele  
com  
pele*

# ***Contato pele com pele (CPP)***

- CPP imediato ou contato precoce (Papí, 1997)
- Consiste em manter o bebê nu, deitado de barriga para baixo no peito da mãe, logo após o nascimento ou o mais cedo possível (Cochrane, 2007).



*Pele  
com  
pele*

# ***Benefícios do CPP***

- Ajuda o bebê na transição para a vida extra uterina:
  - Melhora a função respiratória e cardiovascular
  - Estabiliza valores da glicémia em RN de termo (OMS, s/d)



*Pele  
com  
pele*

# ***Benefícios do CPP***

- Promove a amamentação:
  - Bebés desenvolvem uma sequência comportamental (breastcrawl) que leva à primeira mamada (Toma & Rea, 2008; Widstrom et al, 1987 in Bystrova et al, 2003);
  - Favorece a prevalência da amamentação entre um a quatro meses pós-parto;
  - Aumenta o período de amamentação (em média mais 42.55 dias;
  - diminui a ocorrência de ingurgitamento mamário;
  - facilita o reconhecimento do odor do leite materno pelo bebê (Cochrane 2007;Toma & Rea, 2008).



*Pele  
com  
pele*

# **Benefícios do CPP**

- Diminui o stress do bebé, a dor e o choro (Bystrova et al, 2003; Gray, Watt & Blass, 2000; Cochrane, 2007)
  - Cada ciclo de choro leva a que sangue venoso passe através do foramen ovale para a circulação sistémica em vez de ir para os pulmões o que leva a hipoxia;
  - Anderson (1989) refere que o choro desperdiça calorías essenciais para o crescimento, e causa o aumento e flutuações do fluxo sanguíneo cerebral, o que aumenta o risco de hemorragia intraventricular nos RN pré-termo (Cochrane, 2007).



*Pele  
com  
pele*

# ***Benefícios do CPP***

- Melhora a interação mãe-bebê e reforça laços familiares
  - se os lábios de um bebê tocaram o mamilo da mãe na primeira hora de vida, a mãe mantém o seu bebê junto a si 100 minutos a mais do que as que não tiveram essa experiência (Klaus, 1998).



*Pele  
com  
pele*

# ***Benefícios do CPP***

- **Mantém o bebê mais quente**  
(Matos et al., 2010)
  - Quando o bebê é bem seco, e não é exposto ao frio, a sua temperatura estabiliza ou aumenta após uma pequena descida (*Bystrova et al, 2003*);
  - Para um bebê em CPP será fácil conservar a temperatura corporal normal, entre 36,5°C e 37°C sempre que a temperatura ambiente não seja abaixo dos valores recomendados (OMS, 1989)



*Pele  
com  
pele*

# ***Benefícios do CPP***

- Ajuda os bebês a adaptarem-se ao novo meio ambiente não estéril, favorecendo a colonização da pele e trato gastrointestinal com os microrganismos da mãe, que tendem a ser não patogénicos e contra os quais o leite materno proporciona anticorpos.
- A flora saprófita concorre com os microrganismos patogénicos do meio hospitalar (OMS, 1989)



*Pele  
com  
pele*

# ***Benefícios do CPP***

- Facilita a involução uterina e tem efeito anti stress devido à libertação de ocitocina e dos movimentos realizados pelos membros inferiores do recém nascido, logo previne anemia e hemorragia (Zetterström, 2003)



*Pele  
com  
pele*

# *Procedimentos*

- Limpar bem o bebê
- Colocar gorro
- Colocar RN em decúbito ventral sobre o peito materno
- Tapar com pano aquecido
- Providenciar para não haver roupa entre a mãe e o bebê



*Pele  
com  
pele*

# *Duração do CPP*

- Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, no seu 4<sup>o</sup> passo, recomenda que se coloque o bebé em contacto pele-a-pele durante um **mínimo** de 30 minutos (OMS, 1998).
- Papí (1998), recomenda que o contacto pele-a-pele deve durar entre 50 minutos.



*Pele  
com  
pele*

# ***Justificação do estudo***

- A implementação do contacto pele-a-pele imediato como prática corrente, tem encontrado resistências na crença de que o RN arrefece com mais facilidade estando em contacto pele-a-pele imediato na região toraco-abdominal materna, do que sob fonte de calor após lhe serem prestados os cuidados imediatos.



*Pele  
com  
pele*

# *Objetivos*

- *GERAL* - Promover o aleitamento materno através do contacto pele-a-pele entre a mãe e RN.
- *ESPECIFICO* - Demonstrar que, no Bloco Operatório de Obstetrícia do Hospital Distrital de Santarém, a temperatura corporal dos RNs não diminui quando em contacto pele-a-pele com a mãe.

# *Metodologia*

- Estudo descritivo
- A população constituída por RNs, nascidos em turnos em que a autora estivesse presente, durante o ano de 2011
- A amostra, não probabilística e acidental, obedeceu aos seguintes critérios de seleção:
  - Gravidez de baixo risco, sem intercorrências
  - Gestação de termo
  - Evolução normal do trabalho de parto
  - Ruptura de membranas inferior a 24 horas
  - Parto eutócico
  - Mãe disponível
  - RN com Índice de Apegar igual ou superior a 8
  - RNs com peso entre 2500gr e 4500gr.

Foram tidos em conta todos os procedimentos éticos em estudos com seres humanos.



*Pele  
com  
pele*

# *Procedimentos*

- Recém nascido foram bem secos
- Colocado um gorro
- Colocados em decúbito ventral sob a região toraco-abdominal da mãe em contacto pele-a-pele durante 30 minutos coberto com pano quente
- Avaliada a temperatura rectal do recém nascido ao ser posicionado e de 10 em 10' até perfazer os 30'
- Avaliada a temperatura ambiente.
- Aplicado questionário à mãe



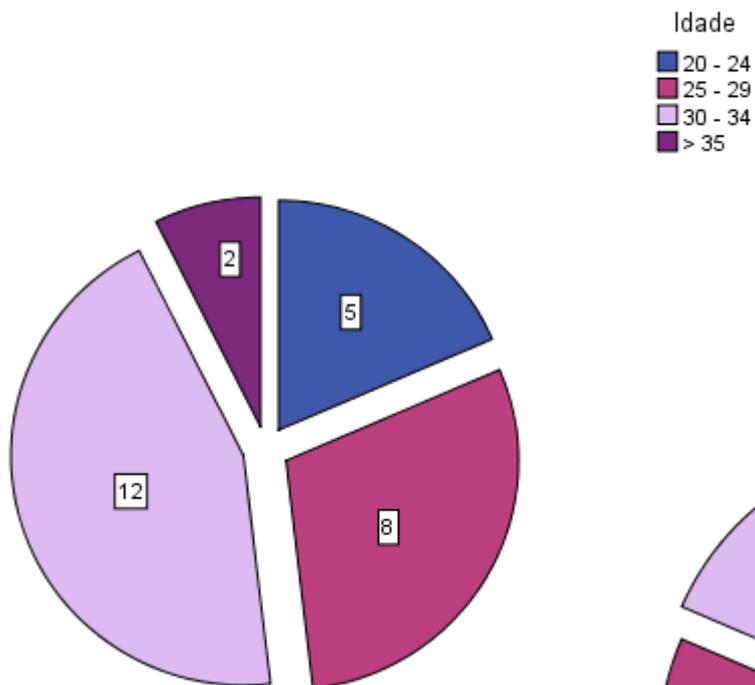
*Pele  
com  
pele*

# ***Análise dos dados***

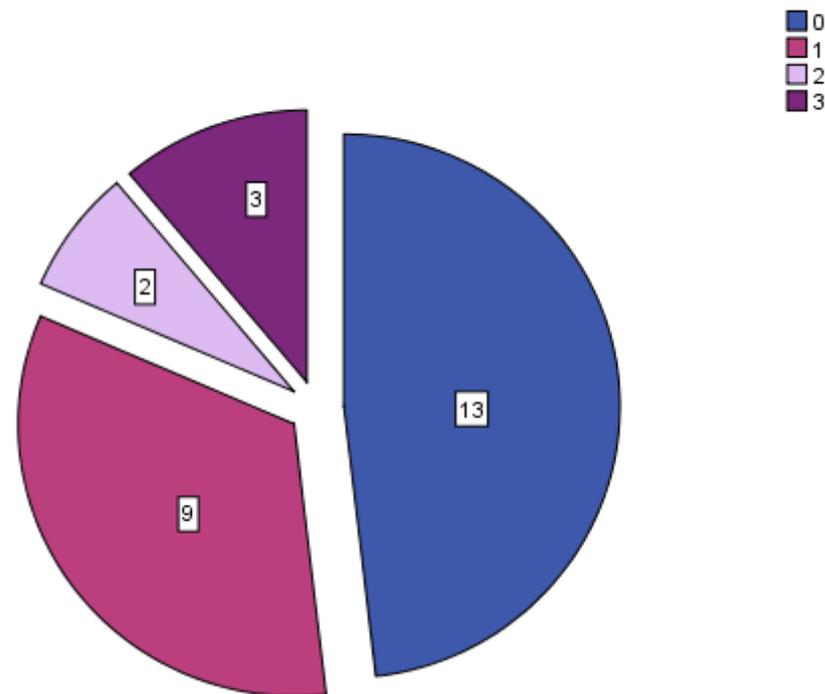
*Pele  
com  
pele*

# Relativos à mãe

**Idade Materna**



**Número de filhos**

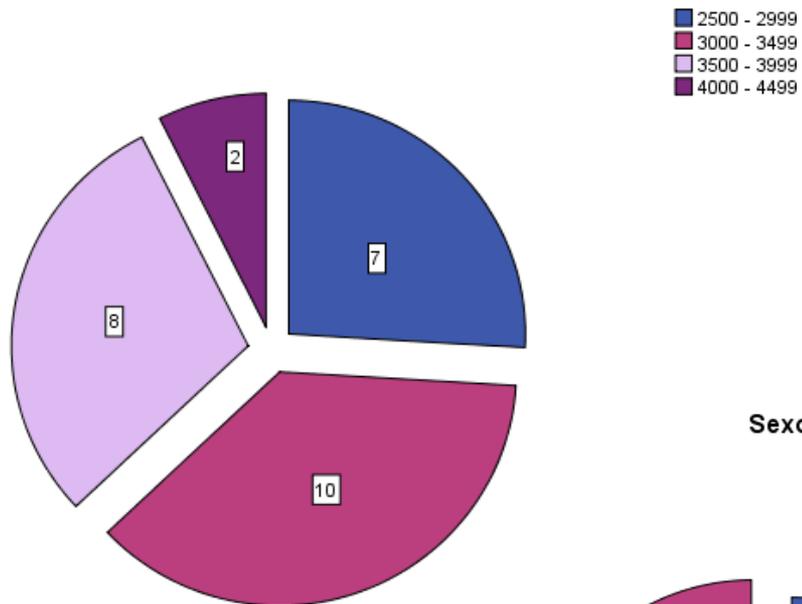




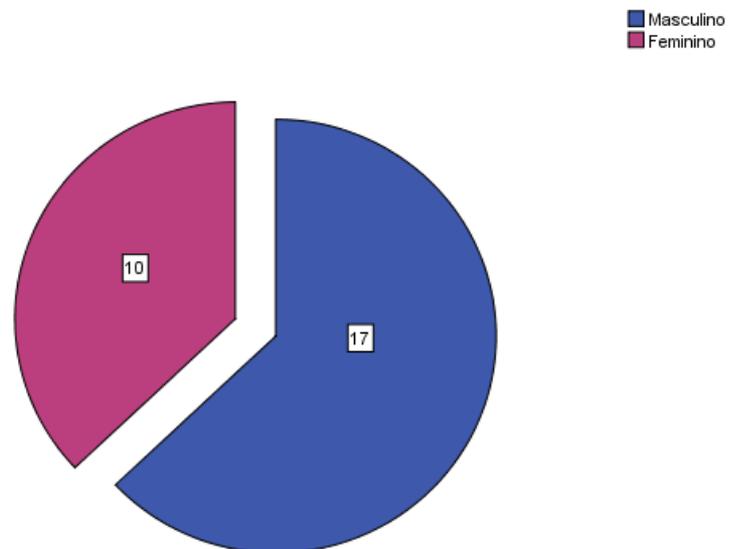
*Pele  
com  
pele*

# Recém Nascido

**Peso do recém nascido**



**Sexo do recém nascido**



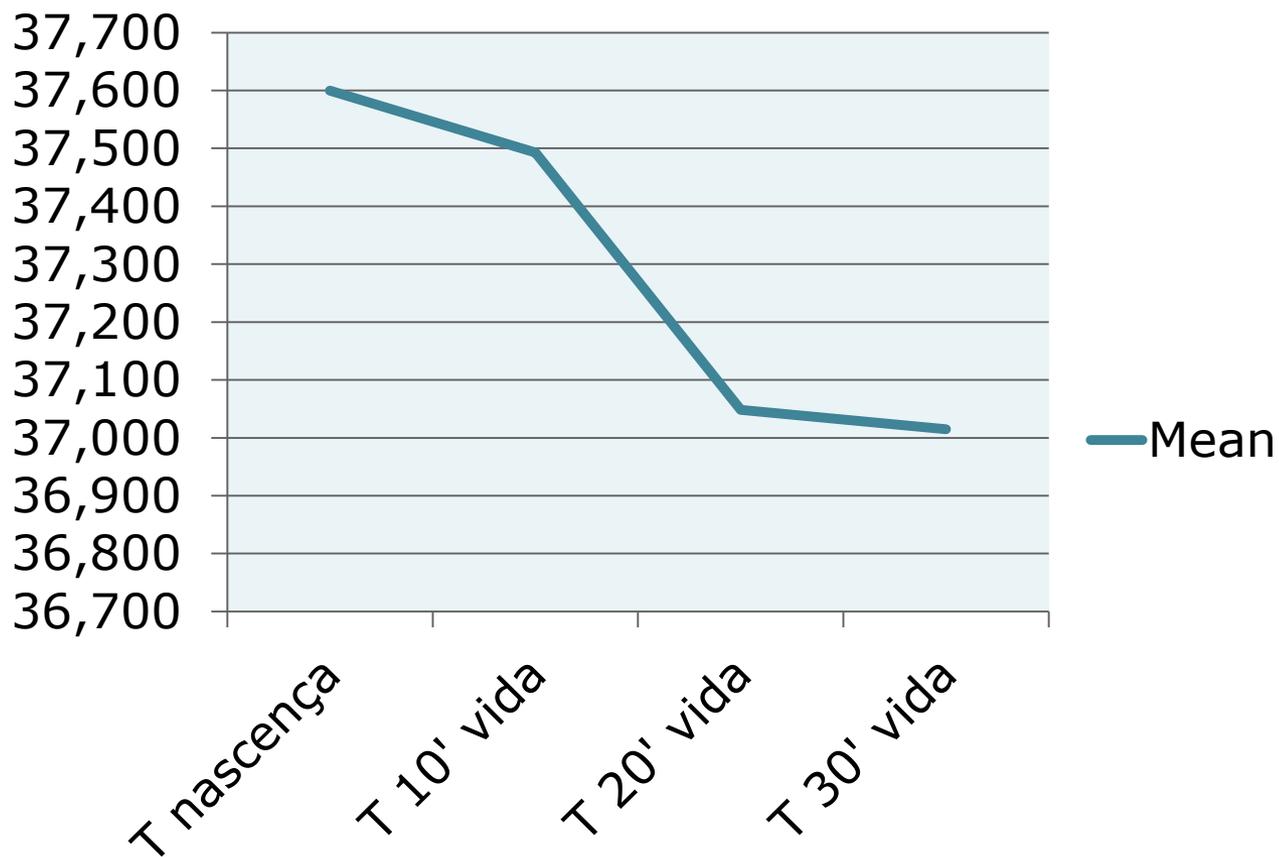
*Pele  
com  
pele*

# *Valores da Temperatura*

		Temperatura do recém nascido à nascença	Temperatura do recém nascido aos 10 minutos de vida	Temperatura do recém nascido aos 20 minutos de vida	Temperatura do recém nascido aos 30 minutos de vida	Temperatura da sala de partos
N	Valid	26	27	27	27	24
	Missing	1	0	0	0	3
Mean		37,600	37,493	37,048	37,015	21,042
Minimum		36,7	36,5	36,2	36,2	18,0
Maximum		39,0	39,9	38,4	38,4	26,0

*Pele  
com  
pele*

## ***Evolução da média da temperatura***



*Pele  
com  
pele*

# Relação entre temperatura do RN e da sala

			Temperatura do recém nascido à nascença	Temperatura do recém nascido aos 10 minutos de vida	Temperatura do recém nascido aos 20 minutos de vida	Temperatura do recém nascido aos 30 minutos de vida	Temperatura da sala de partos
Spearman's rho	Temperatura do recém nascido à nascença	Correlation Coefficient	1,000	,729**	,752**	,699**	,138
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,530
		N	26	26	26	26	23
	Temperatura do recém nascido aos 10 minutos de vida	Correlation Coefficient	,729**	1,000	,631**	,506**	,107
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,007	,620
	N	26	27	27	27	24	
	Temperatura do recém nascido aos 20 minutos de vida	Correlation Coefficient	,752**	,631**	1,000	,778**	,126
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,557	
	N	26	27	27	27	24	
	Temperatura do recém nascido aos 30 minutos de vida	Correlation Coefficient	,699**	,506**	,778**	1,000	-,010
	Sig. (2-tailed)	,000	,007	,000	.	,964	
	N	26	27	27	27	24	
	Temperatura da sala de partos	Correlation Coefficient	,138	,107	,126	-,010	1,000
	Sig. (2-tailed)	,530	,620	,557	,964	.	
	N	23	24	24	24	24	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Pele  
com  
pele*

# Relação entre peso e temperatura do Rn

			Peso do recém nascido	Temperatura do recém nascido à nascença	Temperatura do recém nascido aos 10 minutos de vida	Temperatura do recém nascido aos 20 minutos de vida	Temperatura do recém nascido aos 30 minutos de vida
Spearman's rho	Peso do recém nascido	Correlation Coefficient	1,000	,282	,253	,217	,494**
		Sig. (2-tailed)	.	,163	,203	,277	,009
		N	27	26	27	27	27
Temperatura do recém nascido à nascença	Temperatura do recém nascido à nascença	Correlation Coefficient	,282	1,000	,729**	,752**	,699**
		Sig. (2-tailed)	,163	.	,000	,000	,000
		N	26	26	26	26	26
Temperatura do recém nascido aos 10 minutos de vida	Temperatura do recém nascido aos 10 minutos de vida	Correlation Coefficient	,253	,729**	1,000	,631**	,506**
		Sig. (2-tailed)	,203	,000	.	,000	,007
		N	27	26	27	27	27
Temperatura do recém nascido aos 20 minutos de vida	Temperatura do recém nascido aos 20 minutos de vida	Correlation Coefficient	,217	,752**	,631**	1,000	,778**
		Sig. (2-tailed)	,277	,000	,000	.	,000
		N	27	26	27	27	27
Temperatura do recém nascido aos 30 minutos de vida	Temperatura do recém nascido aos 30 minutos de vida	Correlation Coefficient	,494**	,699**	,506**	,778**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,009	,000	,007	,000	.
		N	27	26	27	27	27

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

# *Conclusões*

- A temperatura corporal do RN não diminui para parâmetros de hipotermia quando em contacto pele-a-pele com a mãe durante os primeiros trinta minutos de vida, mantendo-se, em média, entre os 37,6 e os 37,0°C.
- A temperatura apresentada pelo recém nascido à nascença tem correlação forte e estatisticamente significativa com a temperatura que este apresenta durante o CPP.
- A temperatura da sala tem correlação fraca, sem significado estatístico na temperatura apresentada pelo recém nascido durante o tempo de CPP.
- O peso do recém nascido apenas tem correlação positiva na temperatura que este apresenta aos 30 minutos de vida, mas que não é estatisticamente significativa.



*Pele  
com  
pele*

***Dúvidas?***

***• Obrigada!***

# *Bibliografia*

- Método madre canguro – guía práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra s.d.
- Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review) 1 Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd
- Organização Mundial De Saúde, Genebra. Alimentação Infantil Bases Fisiológicas, volume 67, 1989 do Bulletin of The World Health Organization, The Scientific Journal of WHO sob o título Infant Feeding: The Physiological Basis
- Bystrova, A-M Widstro, A-S Matthiesen, A-B Ransjo-Arvidson, B Welles-Nystrom, C Wassberg, I Vorontsov and K Uvnas-Moberg - Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg
- Evidence for the ten steps to Successful Breastfeeding" Division of child health and development – World Health organization, Geneva, 1998. Pag. 33
- Faria, P. M. A Arquitetura Bioclimática Mediterrânica: um equilíbrio entre duas estações in <http://ce.aha.com.pt/noticias/default.asp?IDN=1&op=2&ID=6&P=6>
- Gómez Papí A, Baiges Nogués MT, Nieto Jurado A, Jarrod Pàmies M, Closa Monasterolo R. Servei de Pediatria. Hospital Universitari de Tarragona "Joan XXIII". Site: El Parto es Nuestro - Que No os Separen - [www.quenooosseparen.info](http://www.quenooosseparen.info)
- Kennell JH, Klaus MH. Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. Pediatrics in Review, 1998; 19(1):4-12.
- Lowdermilk, Deitra L.; Perry, Shannon E.; Bobak, Irene M. – O Cuidado em Enfermagem Materna. 5ªed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002
- Olson, J. & Zanna, M. (1990) "Atitude change and attitude- behavior consistency". Cit. in Baron, & Graziano (Eds), Social psychology (2ª ed), New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Organização Mundial de Saúde, Genebra. Alimentação Infantil Bases Fisiológicas volume 67, 1989 do Bulletin of The World Health Organization, The Scientific Journal of WHO sob o título Infant Feeding: The Physiological Basis
- Rosemberg e Hovland (1960), cit. in Lima, M. L. P. (1993). Atitudes. In Vala, J. & Monteiro, M. B., Psicologia Social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Toma, Tereza Setsuko and REA, Marina Ferreira. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, suppl.2, pp. s235-s246. ISSN 0102-311X.
- UNICEF UK Baby Friendly Initiative - Amamentar o seu Bêbé, sd.
- Windstrom, A.M. et al. Gastric suction in healthy newborn infants: effects on circulation and feeding behaviour. Acta. paediatr. Scand., 76: 566-72, 1987.



*Pele  
com  
pele*

***Fim***

Apêndice 14

Plano do "Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno"

Folhas de Resumo, sumários e presenças

## Plano do Curso de Promoção do Aleitamento Materno

<b>Dia 3 de Maio de 2013</b>	
<b>Horas</b>	<b>Atividades</b>
9:00	Boas vindas
9:15	IHAC: uma parte da Estratégia Global
9:45	Habilidades de comunicação
10:45	Intervalo
11:00	Promoção do aleitamento materno durante a gestação
12:30	Almoço
13:30	Proteção do aleitamento materno
14:15	Práticas de parto e aleitamento materno
15:30	Intervalo
15:45	Como o leite da mama chega ao bebé
16:30	Auxílio ao aleitamento materno
17:00	Resumo do dia e dúvidas
<b>Dia 10 de Maio de 2013</b>	
<b>Horas</b>	<b>Atividades</b>
9:00	Auxílio ao aleitamento materno (cont.)
10:00	Práticas que auxiliam o aleitamento materno
11:00	Intervalo
11:30	Pratica clinica 1 – Conversa com uma gestante
12:30	Almoço
13:30	“Pouco leite”
14:15	Lactentes com necessidades especiais
15:00	Intervalo
15:15	Quando o bebé não pode ser amamentado no peito
16:15	Questões relacionadas a mama e os mamilos
17:15	Resumo do dia e dúvidas
<b>Dia 15 de Maio de 2013</b>	
<b>Horas</b>	<b>Atividades</b>
9:00	Pratica clinica 2 – Observar a ordenha manual e a alimentação com copo
10:30	Intervalo
10:45	Pratica clinica 3 – Observar e auxiliar o aleitamento materno
12:45	Almoço
13:45	Questões relacionadas a saúde materna
14:30	Apoio permanente a mães lactantes
15:45	Intervalo
16:00	Como tornar sua unidade um Hospital Amigo da Criança
16:35	Resumo do dia e dúvidas
16:50	Encerramento do curso



# DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

NÚCLEO DE ESTUDOS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

## FORMAÇÃO

(FOLHA RESUMO DA ACÇÃO)

ACÇÃO: "Curso de Formação do Altitractor  
Hetero"

ORGANIZAÇÃO DE: NEFES

DESTINATÁRIOS: CEF e outros Técnicos

DATA: 3, 10 e 15/05/2013

LOCAL: Sala Polivalente

HORÁRIO: 9 - 17h

CARGA HORÁRIA: 21<sup>h</sup>







## Apêndice 15

Questionário de avaliação da sessão de formação em serviço “Contacto pele a pele”

## QUESTIONÁRIO

### AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO

Este questionário enquadra-se no âmbito da avaliação da eficácia da formação em serviço sobre o Contacto Pele com Pele. É um dos instrumentos disponíveis para identificar a adequação da formação e o impacto das acções no desenvolvimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem. É muito importante que exprima a sua opinião, assinalando as opções que melhor a traduzam.

#### Identificação:

Ação de Formação: Contacto Pele com Pele

Local: Bloco Operatório de Obstetrícia do Hospital Distrital de Santarém

Data: 20 de Junho de 2013

Formador: Enfermeira Especialista em SMO Ana Violante

#### Questionário:

a) Qual o seu grau de interesse em relação ao tema Contacto Pele com Pele?

Pouco interesse     Muito interesse

b) Qual o seu grau de conhecimento em relação ao tema Contacto Pele com Pele ?

Pouco conhecimento     Muito conhecimento

c) Em que medida considera que os conteúdos da acção foram úteis ao desenvolvimento das suas competências?

Inúteis Pouco úteis Úteis Muito úteis

d) Considera que esta formação poderá ter impacto ao nível do seu desempenho na prestação de cuidados imediatos ao recém nascido?

Inúteis Pouco úteis Úteis Muito úteis

e) Considera que esta ação foi útil ao seu desenvolvimento pessoal?

Inúteis Pouco úteis Úteis Muito úteis

f) Apreciação crítica sobre a acção de formação:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Muito obrigado pela sua colaboração!

## Apêndice 16

Questionário de avaliação do “Curso de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno”

## Avaliação do Participante ao Final do Curso

Por favor, responda as perguntas abaixo. As respostas são valiosas para melhorar este curso. Obrigado.

Ao final deste curso (favor preencher um X na coluna escolhida)	Eu NAO SOU capaz de	Eu sou Parcialmente capaz de	Eu sou plenamente capaz de
<b>1. Discutir com uma gestante pelo menos:</b>			
Dois motivos pelos quais a amamentação é importante para os bebês			
Dois motivos pelos quais a amamentação é importante para as mães			
Quatro práticas que apoiam o início da amamentação			
<b>Ajudar mães e bebês a ter:</b>			
Contacto pele a pele precoce			
Início da amamentação precoce			
Ajudar as mães a aprender as habilidades e:			
Posicionar e facilitar a pega da mama pelo bebê			
Ordenha manual do leite materno			
Discutir com a mãe como encontrar apoio à alimentação do seu bebê depois da alta			
Listar o que deve ser discutido com mães que não amamentam e como encaminhar essas mulheres para que tenham assistência na amamentação			
Identificar na minha unidade práticas que apoiam e que interferem com a amamentação			
Trabalhar junto com colegas para identificar barreiras à amamentação e encontrar formas de superar essas barreiras			
Seguir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno			
Respeitar o Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno			



Apêndice 17

Pedido de autorização para implementação do Trabalho de Projeto ao Conselho de  
Administração do HDS, EPE



HOSPITAL de SANTARÉM

HDS-SERV.PESSOAL 26 3'13 2956

A sua enfª coorde-  
nação do DMC para  
informar...

- c/c
- Enfª chefe BOO
- Directora Serviço
- Director DMC

Autorização  
face a informação dada  
e baseio em vista o  
interesse/benefício  
para os recém nasci-  
dos.

A Enfermeira Directora

Ilda Veiga  
Ilda Veiga

20.04.2013

Ao  
Conselho de Administração  
do Hospital Distrital de Santarém

A Enfermeira Directora

Ilda Veiga  
Ilda Veiga

04.04.2013

Nome Ana Maria Viobank Como Unidade de Saúde  
Nº Mecanográfico 21416 categoria Enfª Especialist  
Colocado (a) no Serviço de Bloco Operatório de Obstetúcia  
residente em Santarém

Nº de telefone 914025499 vem requerer a V. Exa. autorização  
para realizar Projeto com o título "Ablei-  
tamento Materno: projeto de promoção no Hos-  
pital de Santarém, no âmbito do Trabalho em  
Emprego em Saúde Materna e Obstetúcia  
a realizar na Universidade de Évora. O pro-  
jeto tem como objetivo geral promover o ablei-  
tamento materno e como objetivos específicos:  
promover o contacto pelo a mãe durante 30' como  
parte integrante dos cuidados imediatos ao recém-nasci-  
do no BOO, desenvolver competências na área de acons-  
elhamento em aleitamento materno e criar espaço de apoio  
e de aconselhamento em aleitamento materno.  
~~para efeitos de / ou motivos de~~ Anexo <sup>em anexo</sup> proposta de trabalho  
de projeto e declaração de avaliação de orientações  
entregas nos Serviços Académicos da Universidade de Évora

Pede deferimento

Santarém, 26 de Março de 2013.

Ana Viobank  
(assinatura)

Nada temos a open à operacionalizada  
do projecto, sem pelo contrário,  
Congratulamo-nos com o seu  
desenvolvimento.

Salicetamos no entanto:

1.º - A sua fundamentação refere  
dados que neste momento está  
completamente ultrapassados:

fevereiro 2013 - 66%

Junho 2013 - 74%

dos RUS ~~apresenta~~ do nosso atendimento  
fizem aleitamento materno sem  
contacto com qualquer leite adaptado.

2.º No que se refere ao objectivo  
criar espaço de apoio e aconselhamento  
em aleitamento materno  
cancele este objectivo de apresentação  
dos recursos necessários - materiais  
e humanos. Só após esta  
apresentação nos manifestarmos  
sobre a sua exequibilidade.

3/4/13  
Enfo End. DRC  
(tel. 213)

Apêndice 18

Pedido de autorização para implementação do Trabalho de Projeto  
ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES Lezíria

**Data:** Dom, 11 Ago 2013 [22:22:40]

**De:** Ana Maria Violante Gomes Oliveira <a-violante@sapo.pt>

**Assunto:** Fwd: Autorização

Quoting Maria Albertina Saramago Mendonça | Vogal CCS Lezíria <[albertina.mendonca@arslv.min-saude.pt](mailto:albertina.mendonca@arslv.min-saude.pt)>:

Estimados colegas

A Enfª Especialista Ana Violante, solicitou autorização para que, no âmbito do seu mestrado, possa participar numa sessão realizada nos Cursos de Preparação para a Maternidade sobre o Aleitamento Materno, em cada um dos concelhos da área geográfica do ACES Lezíria.

Penso que será uma mais-valia, no sentido de uniformizarmos a "linguagem" neste âmbito...

Como foi autorizado pela Srª Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, agradeço que seja facilitada esta intervenção.

Com os melhores cumprimentos

Albertina Mendonça

---

**De:** Isabel Costa [mailto:[isacosta.1957@gmail.com](mailto:isacosta.1957@gmail.com)]

**Enviada:** sexta-feira, 26 de Abril de 2013 15:14

**Para:** Maria Albertina Saramago Mendonça | Vogal CCS Lezíria

**Assunto:** Re: FW: Autorização

Enfª Albertina

Penso que não há problema na realização do trabalho em questão.

Com os meus cumprimentos

Isabel Costa

No dia 22 de Abril de 2013 à 10:34, Maria Albertina Saramago Mendonça | Vogal CCS Lezíria <[albertina.mendonca@arslvt.min-saude.pt](mailto:albertina.mendonca@arslvt.min-saude.pt)> escreveu:

-----Mensagem original-----

De: Ana Maria Violante Gomes Oliveira [mailto:[a-violante@sapo.pt](mailto:a-violante@sapo.pt)]

Enviada: quarta-feira, 17 de Abril de 2013 23:29

Para: [albertina.mendonca@arslvt.min-saude.pt](mailto:albertina.mendonca@arslvt.min-saude.pt)

Assunto: Autorização

Boa noite Sr<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Albertina

Sou, Ana Maria Violante Gomes Oliveira Carvalho, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, aluna do Mestrado Profissionalizante em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus/Universidade de Évora. O Mestrado segue uma metodologia de projeto que tem como objetivo geral promover o Aleitamento Materno no Hospital de Santarém e como objetivos específicos:

- Promover o contacto pele a pele durante 30' como parte integrante dos cuidados imediatos ao recém-nascido no Bloco Operatório de Obstetrícia
- Desenvolver competências na área do aconselhamento em aleitamento materno-
- Criar espaço de apoio e de aconselhamento em aleitamento materno-

No âmbito do 1º objetivo específico, solicito autorização para, no decorrer das sessões sobre aleitamento materno, levadas a efeito nos cursos de preparação para o parto, realizar educação para a saúde às grávidas sobre o tema contato pele a pele. Esta ação tem também como objetivo introduzir a temática de forma uniforme e regular em todos os cursos de preparação para o parto a realizar no futuro.

Sem outro assunto, agradeço a atenção dispensada e aguardo deferimento  
Cumprimentos

Ana Violante

----- Fim de mensagem reenviada -----