



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

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

**Relatório de Estágio**

**Para um Hospital Amigo dos Bebés**

Ana Sofia Martins Raposo Rainho

**Orientador:**

Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

2013

# **Relatório de Estágio**

## **Para um Hospital Amigo dos Bebés**

Ana Sofia Martins Raposo Rainho

**Para a Obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de  
Saúde Materna e Obstetrícia**

### **Orientador:**

Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

2013

## Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Margarida Sim-Sim, pelos seus ensinamentos, paciência, disponibilidade e orientação durante todo o processo, quando parecia que não seria possível chegar ao fim do percurso.

A todos os profissionais, desde a hierarquia, *staff* e colaboradores diretos no projeto, pela sua disponibilidade e motivação, acarinhando e incentivando este trabalho desde o início, dando o seu contributo a uma causa que assumiram como sua.

A toda a minha família pelo apoio emocional e estímulo à persistência, que sempre acreditaram nas minhas capacidades. Aos meus pais em especial, pelo suporte e ajuda prática ao seu alcance, facilitando a minha dedicação ao projeto e relatório.

À minha avó, pelos conselhos sábios, que mesmo não conhecendo a essência da tarefa, me proporcionou ensinamentos para a vida, também neste contexto.

Ao meu marido, pelo apoio, paciência e compreensão nos momentos em que foi privado da minha companhia e por ter acreditado nas minhas competências, incentivando-me a continuar em frente.

Às utentes que me atenderam e com prontidão e gentileza responderam ao questionário solicitado, oferecendo parte do seu tempo para me ajudar na recolha de dados.

Ao fotógrafo, José Cruz, por ter cedido a fotografia, da sua autoria e vencedora de um prémio internacional para uso exclusivo neste projeto, sem qualquer custo.

À representante regional da Medela® pela sua colaboração na sessão de formação em serviço e oferta de material técnico, em nome da empresa, para o Serviço de Obstetria.

À ilustradora profissional, Rute Reimão, pela amabilidade de se ter disponibilizado a elaborar um logotipo para o nosso projeto, gratuitamente.

## RESUMO

**Título:** Para um Hospital amigo dos Bebés

O leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido, dada a bio-especificidade. A Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva até aos seis meses de vida e complementada até aos dois ou mais anos. A Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés consiste na implementação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno e diversos estudos comprovam a sua influência no prolongamento do comportamento, facto que conduz a efeitos positivos na saúde da mulher e do recém-nascido. Os profissionais de saúde têm um papel determinante no sucesso da amamentação ao fomentarem-na junto das mães e famílias. O presente relatório descreve o percurso efetuado para atingir o objetivo de “Criar condições para promover a candidatura do Hospital do Espírito Santo de Évora a Hospital Amigo dos Bebés”. No diagnóstico de situação identificaram-se taxas de aleitamento materno aquém do recomendado e a necessidade de uniformizar os cuidados oferecidos. Atingiu-se a criação do Comité de Aleitamento Materno, a primeira versão da política institucional e o início da formação às equipas. Obtiveram-se ganhos no que respeita à aquisição de competências como EESMOG; conseguiram-se contributos relevantes para a instituição, tendo em conta que se iniciou o caminho para a acreditação como “Amiga dos Bebés”.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno, Leite Materno, Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés

## **ABSTRACT**

**Title:** For a Baby Friendly Hospital

Breast milk is the best food for the newborn, provided by the bio-specificity. The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding until six months of life and supplemented up to two years or more. The Baby Friendly Hospital Initiative is the implementation of the ten steps to successful breastfeeding and several studies have shown its influence in the extension of behavior, a fact that leads to positive effects on the health of women and newborns. Health professionals have a key role in the success of breastfeeding by stimulating it beside mothers and families. This report describes the journey performed to achieve the goal to "Create conditions to promote the candidacy of the Hospital do Espírito Santo de Évora to Baby Friendly Hospital". In the diagnosis of the situation were identified breastfeeding rates below recommended and the need to uniform the care offered. Has reached the creation of the Breastfeeding Committee, the first version of the institutional policy and the beginning of training teams. Gains were obtained with regard to the acquisition of skills as EESMOG; contributions achieved were relevant to the institution, taking into account that started the path to accreditation as a "Baby Friendly".

**Key words:** Human Milk, Breastfeeding, Baby-Friendly Hospital Initiative

*“De tudo ficaram três coisas:*

*A certeza de que estamos sempre começando...*

*A certeza de que precisamos sempre continuar...*

*A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...*

*Portanto, devemos:*

*Fazer da interrupção um caminho novo...*

*Da queda, um passo de dança...*

*Do medo, uma escada...*

*Do sonho, uma ponte...*

*Da procura, um encontro...”*

Fernando Sabino

*in "O Encontro Marcado"*

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final no respeitante ao aleitamento materno .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2. Caracterização dos recursos materiais e humanos .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.1. Caracterização dos Recursos Materiais.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.2. Caracterização dos Recursos Humanos.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3. Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências .....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.1. Enfermeiras que prestam cuidados nos Setores Materno-infantis.....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.2. Utentes do HESE-EPE beneficiárias dos cuidados prestados nos Setores Materno-Infantis ..</b>	<b>27</b>
<b>3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1. Caracterização geral da população/utentes.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1.1. População alvo da implementação do projeto.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1.2. População beneficiária dos cuidados .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2.1. Necessidades Específicas das Enfermeiras que prestam cuidados nos setores Materno-Infantis .....</b>	<b>46</b>
<b>3.2.2. Necessidades específicas das utentes que usufruem dos Cuidados prestados pelos profissionais dos Setores materno-infantis .....</b>	<b>48</b>
<b>3.3. Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo .....</b>	<b>49</b>
<b>3.4. Recrutamento da população-alvo.....</b>	<b>50</b>
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS.....</b>	<b>52</b>
<b>4.1. Objetivos da intervenção profissional.....</b>	<b>52</b>
<b>4.2. Objetivos a atingir com a população-alvo .....</b>	<b>53</b>
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES .....</b>	<b>56</b>

<b>5.1. Fundamentação das intervenções</b> .....	<b>56</b>
<b>5.2. Metodologias</b> .....	<b>60</b>
<b>5.2.1. Estratégias Pessoais de Desenvolvimento de Competências</b> .....	<b>60</b>
<b>5.2.2. Recolha de dados sobre os conhecimentos em aleitamento materno dos enfermeiros</b> .....	<b>61</b>
<b>5.2.3. Recolha de dados sobre práticas de AM da população beneficiária dos cuidados que ocorrem ao HESE-EPE</b> .....	<b>62</b>
<b>5.2.4. Formação dos profissionais de saúde da área materno infantil</b> .....	<b>62</b>
<b>5.2.5. Contributo para o Serviço</b> .....	<b>63</b>
<b>5.2.6. Atividades de promoção da interação entre os serviços/divulgação do projeto</b> .....	<b>64</b>
<b>5.3. Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas</b> .....	<b>66</b>
<b>5.4. Recursos materiais e humanos envolvidos</b> .....	<b>66</b>
<b>5.5. Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas</b> .....	<b>68</b>
<b>5.6. Análise da estratégia orçamental</b> .....	<b>71</b>
<b>5.7. Cumprimento do Cronograma</b> .....	<b>72</b>
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO</b> ....	<b>73</b>
<b>6.1. Avaliação dos objetivos</b> .....	<b>73</b>
<b>6.2. Avaliação da implementação do programa</b> .....	<b>74</b>
<b>6.2.1. Contributos paralelos ao atual projeto</b> .....	<b>75</b>
<b>6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas</b> .....	<b>76</b>
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS</b> .....	<b>77</b>
<b>8. CONCLUSÃO</b> .....	<b>79</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>81</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>89</b>
<b>Apêndice A: Esquema físico e Organização Funcional do Serviço de Obstetria-Ginecologia</b> .....	<b>90</b>
<b>Apêndice B: Caracterização da População Alvo [150 Enfermeiros]</b> .....	<b>94</b>
<b>Apêndice C: Resultados das Subescalas de pontuação aplicadas à população alvo [150 enfermeiros]</b> .....	<b>100</b>



<b>Apêndice D: Análise dos resultados relativos à população alvo sem aplicação de subescalas [150 enfermeiros]</b> .....	<b>108</b>
<b>Apêndice E: Análise dos resultados do questionário aplicado em 2º tempo [70 enfermeiros]</b> .....	<b>116</b>
<b>Apêndice F: Caracterização da população e amostra das utentes do HESE-EPE no período de [Setembro de 2011 a Setembro de 2012]</b> .....	<b>124</b>
<b>Apêndice G: Descrição dos passos de pesquisa bibliográfica</b> .....	<b>140</b>
<b>Apêndice H: Síntese de Estudos sobre a IHAB</b> .....	<b>145</b>
<b>Apêndice I: Instrumentos aplicados à população alvo [1º e 2º Tempo]</b> .....	<b>150</b>
<b>Apêndice J: Autorização do Conselho de Administração para implementação do projeto estágio</b>	<b>159</b>
<b>Apêndice K: Apresentação do projeto de Estágio à equipa do Serviço de Obstetria-Ginecologia</b> .....	<b>161</b>
<b>Apêndice L: Apresentação da nova proposta de Norma de AM do Serviço de Obstetria em contexto de formação em serviço</b> .....	<b>170</b>
<b>Apêndice M: Folheto de Divulgação e Programa do Primeiro Curso de promotores do AM realizado no HESE-EPE</b> .....	<b>179</b>
<b>Apêndice N: Documento síntese do projeto solicitado pela Administração do HESE-EPE e outros pedidos de autorização no contexto do projeto</b> .....	<b>182</b>
<b>Apêndice O: Comprovativo de autorização de implementação do projeto e de uso da linha telefónica do HESE-EPE</b> .....	<b>207</b>
<b>Apêndice P: Documento proposta da nova política de AM do HESE-EPE</b> .....	<b>213</b>
<b>Apêndice Q: Certificado de frequência no Curso de Conselheiros em AM</b> .....	<b>218</b>
<b>Apêndice R: Autorização da autora para utilização do instrumento de recolha de dados (McLaughlin, 2010)</b> .....	<b>220</b>
<b>Apêndice S: Autorização para utilização e adaptação do Instrumento utilizado na recolha de dados relativos à população/amostra (Bervery &amp; Chalmers) e Guião do Questionário</b> .....	<b>222</b>
<b>Apêndice T: Comprobativos de realização da Sessão de Informação sobre novas descobertas (anatomia da mama e mecanismo de sucção do RN)</b> .....	<b>227</b>
<b>Apêndice U: Registo do HESE-EPE na plataforma “Registo do AM”</b> .....	<b>235</b>
<b>Apêndice V: Folheto síntese de informação relativa ao AM e recursos de apoio após a alta</b> .....	<b>237</b>
<b>Apêndice W: Cedência dos direitos de autor para utilização da imagem do fotógrafo José Cruz no âmbito do Projeto HAB</b> .....	<b>240</b>
<b>Apêndice Y: Projeto de Estágio</b> .....	<b>242</b>
<b>Apêndice Z: E-mail enviado à Unicef</b> .....	<b>248</b>

## Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Distrito de Évora .....	17
<i>Figura 2.</i> Concelhos do Distrito de Évora.....	17
<i>Figura 3.</i> Nados-Vivos por Proveniência Materna nos anos 2011 e 2012.....	18
<i>Figura 4.</i> Esquema Físico do Serviço de Obstetrícia-Ginecologia do HESE-EPE.....	20
<i>Figura 5.</i> Diagnósticos de saída mais frequentes na origem do internamento hospitalar durante a gravidez.....	21
<i>Figura 6.</i> Descrição dos Recursos após a Alta no Distrito de Évora .....	25
<i>Figura 7.</i> Distância entre a cidade de Évora e sedes de concelho (em Km) .....	26
<i>Figura 8.</i> Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica relativas ao AM.....	27
<i>Figura 9.</i> Subescala de pontuação relativa ao conhecimento sobre AM.....	31
<i>Figura 10.</i> Subescala de pontuação relativa às atitudes favoráveis ao AM na criança hospitalizada.....	31
<i>Figura 11.</i> Subescala de pontuações relativas a Políticas de AM.....	32
<i>Figura 12.</i> Subescala de pontuações relativas à atitude dos profissionais perante o AM .....	32
<i>Figura 13.</i> Taxa de retorno dos questionários aplicados em segundo tempo.....	33
<i>Figura 14.</i> Resultados do questionário sobre conservação do LM .....	33
<i>Figura 15.</i> Idade Materna.....	36
<i>Figura 16.</i> Tipo de Parto .....	37
<i>Figura 17.</i> Número de Filhos.....	38
<i>Figura 18.</i> Idade materna na amostra.....	39
<i>Figura 19.</i> Tipo de parto identificado na amostra.....	39
<i>Figura 20.</i> Peso do RN filhos das utentes da amostra.....	40
<i>Figura 21.</i> IA ao 1º Minuto .....	40
<i>Figura 22.</i> IA ao 5º Minuto.....	40
<i>Figura 23.</i> IA ao 10º Minuto.....	40
<i>Figura 24.</i> Local de Seguimento da Gravidez nas Mulheres da Amostra Aleatória.....	40
<i>Figura 25.</i> Frequência de curso de PPN.....	41
<i>Figura 26.</i> Ocorrência de ensinos sobre AM durante o internamento hospitalar.....	41
<i>Figura 27.</i> Tempo decorrido até à primeira mamada.....	42

<i>Figura 28.</i> Alimentação do RN durante o internamento no HESE-EPE.....	42
<i>Figura 29.</i> Local onde iniciou a introdução da chupeta.....	43
<i>Figura 30.</i> Regime de horário de alimentação do RN.....	43
<i>Figura 31.</i> Idade da criança à data de introdução da fórmula infantil.....	44
<i>Figura 32.</i> Causas de introdução de fórmula infantil na alimentação do bebé.....	44
<i>Figura 34.</i> Idade em que deixou de ingerir LM.....	45
<i>Figura 33.</i> Idade de introdução dos alimentos sólidos.....	45
<i>Figura 35.</i> Figura ilustrativa do <i>site</i> da OMS.....	49
<i>Figura 36.</i> Esquema síntese das metodologias utilizadas.....	65
<i>Figura 37.</i> Esquema ilustrativo dos recursos humanos envolvidos.....	67
<i>Figura 38.</i> Apresentação Esquemática dos Contactos Desenvolvidos/Entidades envolvidas.....	70

## 1. INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno [AM] é considerado pela comunidade profissional e sociedade, de forma consensual e inequívoca, como determinante para a saúde física, psicológica e social da mulher e do recém-nascido [RN]. Frequentes vezes utilizado com o sinónimo de amamentação, consiste num comportamento de opção da mulher que se torna mãe e sofre o processo fisiológico de lactogénese e lactopoiese. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE, versão on-line], o termo AM é omissivo e as denominações inscritas são “Amamentação”, definida como “padrão alimentar ou de ingestão de líquidos alimentando uma criança oferecendo leite materno” e “Amamentação Exclusiva”, definida como “alimentar exclusivamente com leite materno, excluindo outros tipos de alimentos nos primeiros quatro a seis meses de vida da criança”. Porque na maioria dos documentos nacionais e internacionais figura com maior visibilidade o termo AM, optou-se por utilizá-lo no atual Relatório.

Confirma-se que o AM transporta inúmeras vantagens psico-familiares para a diáde, nomeadamente estreitando laços e promovendo a vinculação mãe-bebé (Mercer, Erickson-Owens, Graves & Haley, 2007). De entre os benefícios físicos maternos sobressaem aqueles a curto prazo, dos quais são exemplo a facilidade na recuperação ponderal, a diminuição do risco de hemorragia e anemia pós-parto, a rápida involução uterina; a médio prazo e se exclusiva, no que se designa abreviadamente por LAM (Lactational Amenorrhea Method), proporciona contraceção hormonal-natural, permitindo o espaçamento entre gravidezes; por fim, a longo prazo, a redução do risco de neoplasia da mama e ovário (Beral, Bull, Doll, Peto, Reeves, Skegg *et al*, 2002; Rea, 2004; Toma & Rea, 2008).

Nos benefícios sociais e ambientais, considerem-se as vantagens que uma diminuição do consumo de produtos industrializados, tal como o é o leite artificial (também designado por fórmula), um ambiente menos poluído e com menor consumo de recursos naturais podem trazer, além da redução nos custos no orçamento familiar (Pina & Volpato, 2009). De fato, no âmbito da saúde, o efeito menos marcado na pegada ecológica é uma preocupação muito atual. No que respeita às vantagens para a saúde da criança, o aleitamento materno, sendo bio-específico (Walker, 2006) é inestimável para a saúde neonatal (Victora & Barros, 2005). Sublinham-se as provas já documentadas na proteção contra infeções gastrointestinais e respiratórias no período da

infância (Kramer, Chalmers, Hodnett, Sevkovskaya, Dzikovich & Shapiro, 2001). Confirmam ainda os estudos que, a longo prazo, previne doenças cardiovasculares e diabetes (Horta, Bahl, Martines & Victora, 2007). No que respeita ao desenvolvimento cognitivo o estudo randomizado Promotion of Breastfeeding Intervention Trial [PROBIT] Study Group, (2008), revela que o Aleitamento Materno Exclusivo [AME] e prolongado potencia o coeficiente de inteligência das crianças e os resultados escolares aos 6,5 anos. Em RN de baixo peso ao nascer o AM favorece o desenvolvimento cognitivo (Andersom, Jonnstone & Remley, 1999; Smith, Durkin, Hinton, Bellinger & Kuhn, 2003).

Sendo evidentes os benefícios, várias organizações governamentais e organizações não-governamentais [ONG] representativas na saúde, o recomendam, determinando prioridades e diretrizes, promovendo-o (FAO, Save The Children, The World Bank, 2012). Salienta-se desde há pelo menos trinta anos, o movimento da Organização Mundial de Saúde [OMS] ao empreender esforços nas indicações à população e às instituições de saúde, para a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade, complementada pelos outros alimentos até ao primeiro ano de vida e em continuidade com os restantes alimentos na medida da vontade do par mãe-criança até aos dois ou mais anos (OMS, 1982). Em Itália após uma conferência internacional em Innocenti (Província de Florença) a [OMS]/The United Nations Children's Fund [UNICEF] (1990) desenvolveram a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés [IHAB], ou Amigo da Criança [IHAC], constituída por um conjunto de dez medidas consideradas determinantes para o sucesso do AM enquanto forma de alimentação com o intuito de o promover, proteger e apoiar, salientando-se como o único meio capaz de reduzir a morbilidade e mortalidade infantis (OMS, 1989).

A IHAB é fator de proteção ao AM e os resultados legitimam a necessidade de expandir a iniciativa ao maior número possível de hospitais (Sampaio, Moraes, Reichenheim, Oliveira & Lobato, 2011). O incentivo e o apoio à amamentação aumentam as taxas de AME e os resultados são tanto melhores, quanto mais consistente for o apoio às mulheres que pretendem amamentar. Neste sentido o acompanhamento deve iniciar-se logo no período pré-natal, continuar nas maternidades e seguir pós-alta até aos seis meses de vida do bebé (Albernaz & Victora, 2003). Os relatórios mostram vantagens. Por exemplo nos Estados Unidos da América regista-se um franco progresso tanto no número de hospitais *Baby-Friendly*, como nos dados de AM (CDC. Department of Health and Human Services, 2012). A operacionalização da IHAB

traduziu-se no surgimento dos Hospitais Amigos dos Bebés [HAB], existindo no mundo cerca de 20.000 (Hofvander, 2005). Os hospitais que aderiram, entendem e suportam políticas de AM, tendo-o como premissa fundamental para o melhor desenvolvimento da díade beneficiária/utente dos seus cuidados (Quinn, Callaghan, Williams, Najman, Anderson & Bor, 2001; Rea, 2004).

Embora sejam relevantes as vantagens atribuídas ao AM e ainda que exista um esforço, a realidade atual nos hospitais nacionais revela fraca representação de HAB, quando contextualizada nos estados membros da Europa. Para exemplo, na Suécia todas as maternidades são *baby-friendly* (Hofvander, 2005). No país, de entre os 65 locais onde nascem crianças (das quais 40 referem-se a instituições públicas e 25 a instituições privadas) existem atualmente dez Hospitais Credenciados como HAB, sendo eles o Hospital Garcia de Orta em Almada, Entidade Pública Empresarial [EPE] (2005), a Maternidade Bissaya Barreto em Coimbra (2007), o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE [CHBA-EPE] (2008), a Maternidade Júlio Dinis no Porto, a Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa (2009), o Hospital Fernando da Fonseca na Amadora, EPE (2010), o Hospital de São Bernardo, EPE [HSB-EPE], o Hospital Pedro Hispano em Matosinhos, EPE (2011), o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE [CHBM-EPE] e o Hospital de Santa Maria (2012). Ao Sul do Tejo existem atualmente quatro instituições credenciadas, três próximas da Grande Lisboa e outra que serve o Barlavento Algarvio. A inexistência de HAB na nossa região e as consequentes repercussões deixam-na carente de uma política de desenvolvimento neste âmbito e de incentivos aos comportamentos maternos de aleitamento, em efeito com implicações variadíssimas a curto e maior prazo, para o ser individual [mãe ou criança], família, ambiente e comunidade. Refira-se que um estudo levado a cabo na região, no ano de 2008, identificava já essa necessidade (Zangão e Mendes, 2010).

O Hospital do Espírito Santo de Évora-EPE [HESE-EPE] que constitui a referência do atual projeto é Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (Direção Geral de Saúde [DGS], 2001) bem como, recurso geográfico significativo, justificando-se os esforços na promoção do AM. Ademais, existe investimento do HESE-EPE na formação de Enfermeiras em Curso de Conselheiras em AM (i.e. em 2010, formadas dez conselheiras: seis pertencentes ao Serviço de Obstetrícia, Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia [EESMO] e quatro ao Serviço de Urgência Pediátrica, das quais uma conselheira também formadora em AM). De referir também que, o corpo de enfermeiros do HESE-EPE, possui mais três conselheiras, duas provenientes de outros

hospitais. Existindo atualmente recursos humanos com formação neste âmbito e disponibilidade institucional para o efeito, considerou-se oportuno elaborar o presente projeto. Simultaneamente possuímos interesses pessoais e profissionais nesta temática, tanto pelo conhecimento das matérias bio-fisiológicas, como pelo bem-estar da diáde aos nossos cuidados, como pelos aspetos ecológicos que valorizamos. Além do mais, a formação profissional contínua na carreira assim o justifica, dado termos investido no estudo do tema e realizado no decorrer do atual projeto, formação como conselheira em AM.

De fato a IHAC contribuiu para maiores taxas de AM e AME em todo o mundo, no início e nos primeiros dias de vida, no entanto, os resultados para os primeiros seis meses continuam aquém do recomendado pela OMS, longe do desejável para garantir a saúde dos bebés e das crianças pequenas. Nos relatórios da OMS, não existem dados sobre AM referentes a Portugal aos seis meses de vida da criança (World Health Organization [WHO], 2012). Em documentos nacionais, o nosso país, pese embora a ausência de registos referentes a algumas regiões, nomeadamente no Alentejo, constata-se que nas instituições que seguem medidas *baby-friendly*, a representação percentual dos recém-nascidos em AME à data da alta hospitalar é superior quando comparada com a representação geral (i.e. 72.5% *versus* 65.2%; Orfão, 2012). Fará então sentido que nos preocupemos com esta temática e conforme o recomendam Braun, Giugliani, Soares, Giugliani, Oliveira e Danelon (2003) se dê, localmente no HESE-EPE, especial atenção à implementação dos vários passos, não ignorando o 10º Passo proposto pela IHAB, de forma que o apoio após a alta ajude a manter o AME.

Contudo o nascimento de um filho num HAB não basta para tornar o processo de AM absolutamente fácil e sem necessidade de esforço ou investimento. Tanto as mães como os profissionais necessitam estar verdadeiramente implicados, motivados e preparados para fazer face a possíveis dificuldades que surjam nesse processo (Bardington, *et al*, 2006). De fato o AM é para grande parte das enfermeiras um conteúdo de difícil assistência e para as mulheres o maior desafio do puerpério (Bashour, Kharouf, Abdulsalam, Asmar, Tabbaa, & Cheikha (2008); Mannan, Rahman, Sania, Seraji, Arifeen, Winch, Darmstadt & Baqui, 2008).

Consciente de que a implementação do processo IHAB no HESE-EPE pode trazer ganhos de abrangência tão lata, como os benefícios para a população no momento atual e para o futuro e ainda em termos ecológicos para o ambiente/planeta, considerou-se oportuno o atual desafio. Este documento tem então como propósito descrever o

processo de desenvolvimento e implementação da intervenção profissional bem como as atividades inerentes ao percurso que globalmente se denominou “Para um Hospital Amigo dos Bebés”. Explicitamente, o objetivo do Projeto que se dá conta neste Relatório foi de “Criar as condições para o início do processo de candidatura do HESE-EPE a HAB”. Mais especificamente o atual Relatório dirige-se aos passos 1 e 2 compreendidos na IHAB.

Geográfica e politicamente este Projeto é estratégico, pois colocando à parte as unidades hospitalares de Almada, Setúbal e Barreiro que servem a periferia da Grande Lisboa, ao Sul do Tejo e em contexto de província afastada dos grandes centros existe apenas um hospital *baby friendly* no Barlavento Algarvio; porém corre o risco de se perder, caso sejam efetivadas as políticas de encerramento de blocos de partos com baixo número de nascimentos. Registe-se também que o HESE-EPE serve uma região onde a taxa de fecundidade, referida ao Distrito de Évora, é mais baixa média no país (37,4 % versus 38,6 %), conforme Pordata (2013), aspetos que motivam para oferecer a maior e melhor atenção aos utentes sob os nossos cuidados.

O presente Relatório foi redigido de acordo com as normas da American Psychological Association (APA, 2006) e em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico por recomendação da circular 4/2011 da Universidade de Évora. O encadeamento das secções e subsecções respeita o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem (Ordem de Serviço nº18/2010; Ordem de Serviço nº14/2012). Este Relatório faz-se acompanhar de um anexo, constituindo um volume independente, onde se coligem todas as sessões de formação do Primeiro Curso de Promotores do AM realizado no HESE-EPE.



## 2. ANÁLISE DO CONTEXTO

O atual Relatório enquadra-se na área de abrangência do HESE-EPE. O HESE-EPE situa-se geograficamente no Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] do Alentejo Central, conforme Portaria nº 308/2012 (Portugal, 2012), tendo resultado da fusão do ACES Central I e ACES Central II, constituído pelas unidades de saúde sediadas no Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz e Mourão, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Distrito de Évora



Figura 2. Concelhos do Distrito de Évora

Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_evora](http://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_evora)

Fonte: <http://www.evoradistritodigital.pt/pt/contenudos/Hotspots+EDD/>

O HESE-EPE é um Hospital Central de Apoio Perinatal Diferenciado [HAPD] (Ministério da Saúde, 2001), existindo atualmente a possibilidade de passagem a Hospital de Apoio Perinatal [HAP], conforme a proposta da Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente (Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente [CNSMCA], 2012). Em 2011 e 2012, ocorreram no HESE, EPE 1387 e 1300 partos respetivamente. Não se contextualiza por isso no critério dos indicadores que enunciam a necessidade de pelo menos 1500 partos/ano para manter a qualidade dos serviços (Ministério da Saúde, 2006); no entanto, justifica-se a sua manutenção pela importância de recursos e de localização (CNSMCA, 2012).

O HESE-EPE, localizado a meio caminho entre Faro e Lisboa, recebe em especial parturientes do Alentejo, mas também de outras proveniências respeitando o Decreto-lei no.67, II série do Diário da República (despacho 7495/2006) de 04 de Abril de 2006, o qual refere que “*O SNS e o Ministério da Saúde, que por ele responde, têm obrigação de garantir às mulheres portuguesas, por livre escolha, o local onde entendam que a sua criança nasça nas melhores condições de segurança técnica*” (Portugal, 2006:5038). Apresentam-se os locais de proveniência das utentes que tiveram o parto (apenas nados-vivos) no HESE-EPE, durante os anos de 2011 e 2012, segundo informação facultada pelo Gabinete de Estatística desta instituição (Figura 3):

	<b>2011</b>		<b>2012</b>	
<b>Distrito de Évora</b>	Alandroal	36	Alandroal	35
	Arraiolos	51	Arraiolos	46
	Borba	45	Borba	43
	Estremoz	106	Estremoz	81
	Évora	501	Évora	457
	Montemor-o-Novo	96	Montemor-o-Novo	99
	Mora	20	Mora	27
	Mourão	21	Mourão	25
	Portel	35	Portel	34
	Redondo	65	Redondo	54
	Reguengos de Monsaraz	72	Reguengos de Monsaraz	88
	Vendas Novas	51	Vendas Novas	56
	Viana do Alentejo	45	Viana do Alentejo	37
	Vila Viçosa	50	Vila Viçosa	55
	<b>Subtotal</b>	<b>1194</b>	<b>Subtotal</b>	<b>1138</b>
<b>Outros Distritos</b>	Beja	81	Beja	48
	Braga	1	Castelo Branco	1
	Castelo Branco	2	Faro	2
	Faro	3	Lisboa	5
	Guarda	1	Portalegre	85
	Lisboa	7	Santarém	3
	Portalegre	74	Setúbal	11
	Santarém	6	Viseu	1
	Setúbal	12	Desconhecido	1
	<b>Subtotal</b>	<b>187</b>	<b>Subtotal</b>	<b>156</b>
	<b>Nº DE PARTOS TOTAL</b>	<b>1381</b>	<b>Nº DE PARTOS TOTAL</b>	<b>1294</b>

Figura 3. Nados-Vivos por Proveniência Materna nos anos 2011 e 2012

Relativamente às grávidas em risco e seus nascituros, é hospital de referência para o Alto e Baixo Alentejo, nomeadamente em caso de necessidade de evacuação *in útero* ou em incubadora de grandes prematuros. Possui Serviços de Obstetrícia/Ginecologia e Bloco de Partos, Serviços de Pediatria-Internamento, Urgência Pediátrica, Neonatologia, Consulta Externa de Saúde Materna (oferece cuidados de vigilância pré-natal e encontra-se em fase de implementação o projeto que visa o início de Cursos de Preparação Psicoprofilática para o Nascimento [PPN]) e Bloco Operatório Materno-Infantil [BOMI] (funciona com a colaboração dos profissionais de enfermagem e Anestesiistas do Bloco Operatório Central). O Modelo de Enfermagem aplicado no Serviço de Obstetrícia é o Modelo de Tierney-Logan-Roper, que consiste na recolha de dados, identificação dos problemas, planificação das intervenções e avaliação dos cuidados de enfermagem de acordo com as doze atividades de vida (Tierney, Logan, & Roper (2000). De acordo com a nossa perceção ao longo do tempo de exercício neste serviço de Obstetrícia, a maioria das enfermeiras que aqui exerce, tem orientação para este modelo teórico. Não sendo propriamente um Modelo de Enfermagem, dado que é multiprofissional, o sistema ALERT<sup>®</sup> está também orientado em linguagem CIPE, realizando-se a recolha de dados, ou seja a Apreciação de Enfermagem, norteadas por Atividades de Vida. O método de trabalho utilizado no Serviço é o Método Individual, ou seja, a enfermeira presta todos os cuidados necessários às utentes a si atribuídas durante o turno de trabalho (Pinheiro, 1994).

## 2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O presente relatório foi realizado no contexto académico do Estágio Final. Foi nesta experiência clínica, constituída pelos campos de Sala de Partos [10 de Abril e 1 de Junho de 2012] e Puerpério [6 de Fevereiro a 31 de Março de 2012], que se colocou em marcha o projeto de intervenção, com a finalidade de lançar as fundações que tornassem possível a candidatura do HESE-EPE a HAB contribuindo para o desenvolvimento das práticas de AM.

Na caracterização do ambiente de realização do Estágio Final, em termos de estrutura física e dinâmica funcional destacamos os seguintes aspetos. O Serviço de Obstetrícia-Ginecologia possui três zonas, aqui denominadas alas esquerda, área central



<b>Diagnóstico de Saída</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Ameaça Aborto	17,46%	10,81%
Hemorragia no decurso da gravidez	----	37,84%
Hipertensão Arterial (Crónica induzida pela gravidez)	4,76%	5,41%
Hiperemese gravídica	20,63%	18,92%
Ameaça de Parto Pré-Termo	20,63%	18,92%
Infeção do Trato Urinário/Pielonefrite	30,16%	27,03%
Restrição do Crescimento Fetal	----	8,11%
Oligoâmnios	6,35%	8,11%

*Figura 5.* Diagnósticos de saída mais frequentes na origem do internamento hospitalar durante a gravidez

Fonte: Gabinete de Estatística do HESE-EPE

### **2.1.1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final no respeitante ao aleitamento materno**

No que toca ao AM, este é promovido. A caracterização do ambiente de realização do Estágio Final é aqui referida nos aspetos que seguidamente se enunciam:

1) **Cuidados de promoção/proteção do AM:** na sala de partos não existia uma norma escrita para promoção do AM na 1ª meia hora de vida, sendo tal prática realizada de acordo com a perspetiva individual da EESMO que assiste a mulher em TP, ainda que de forma geral toda a equipa que presta cuidados na sala de partos ofereça ajuda para adaptar o RN à mama assim que possível. Ou seja, não há sistematização dos cuidados relacionados com o 4º passo da IHAB. Contudo a motivação é notória e além do atual projeto, encontra-se já prevista a sua continuidade, através de um outro projeto que liga o Serviço de Obstetria do HESE-EPE à Universidade de Évora para a uniformização dos cuidados e implementação dos passos 4º e 5º da IHAB. Na ala de internamento de puérperas existe um protocolo de aleitamento materno, a necessitar de atualização;

2) **Entrada da fórmula na instituição:** atualmente no HESE-EPE as fórmulas infantis são fornecidas por diversos laboratórios e chegam aos serviços via farmácia para serem administradas aos RN's e bebés, quando necessário. Consoante os meses do ano, alternam as fórmulas existentes nos serviços de forma que todos os laboratórios interessados tenham a mesma possibilidade de fornecer os seus produtos. Conforme informação cedida pelo serviço de farmácia, as fórmulas são pagas a 2 cêntimos cada

monodose. O Serviço de Obstetrícia e Neonatologia possui um nível de *stock* que é repostado pela farmácia; concretamente no Serviço de Obstetrícia o nível é de 144 unidades e estima-se um gasto semanal de 80 unidades, variando conforme o número de RN que necessitem de receber fórmulas infantis como suplemento ao AM/forma principal de alimentação durante o período de internamento;

3) **Acessibilidade da mãe/profissional à fórmula:** as mães não têm acesso direto às fórmulas infantis, não as usam sem supervisão/avaliação de um profissional de saúde; sempre que a solicitam é-lhes fornecida para administrarem aos seus filhos, ainda que exista uma atitude de proteção ao AM e seja rotineiramente realizado ensino às mesmas acerca das vantagens do AM/riscos da administração de fórmulas infantis que, em todo o caso, respeita a vontade materna. Considerando a perspectiva do acesso dos profissionais às fórmulas infantis, as mesmas estão disponíveis no Serviço e não existe nenhuma norma escrita que determine consensualmente os critérios aceitáveis para a administração de substitutos do LM ou a limite a uma prescrição médica, pelo que a sua administração depende da avaliação do profissional que atende a mãe.

4) **Crítérios de administração da fórmula/AM:** no Serviço de Obstetrícia, a prática mais frequente é colocar a criança à mama. É administrada fórmula quando: *a)* o RN perde peso (i.e. mais de 10% do peso ao nascer), *b)* quando prescrito pelo pediatra, *c)* quando tem sinais de hipoglicémia (i.e. BM teste <40mg/dl, ou hipotonia em que não se consegue adaptar o RN à mama), *d)* quando o enfermeiro não consegue ter êxito na colocação do bebé à mama e *e)* quando o RN mama mas ainda apresenta sinais de fome. Até ao desenvolvimento deste projeto, não existia um protocolo de atuação em situação de hipoglicémia no Serviço de Obstetrícia. Quando é identificada pelas enfermeiras a necessidade de oferecer suplementos de leite de fórmula a RN o mesmo é administrado por tetina.

5) **Manifestações visíveis de apoio a fórmula/AM:** no espaço físico, observam-se manifestações de carência de medidas de proteção a esta prática, traduzidas pelo baixo número desses elementos. Três cartazes de parede, tamanho A1 e A2 invocam o AM e versam as temáticas: *a)* benefícios do AM, *b)* técnica de amamentação, *c)* vantagens do contato pele-a-pele na promoção da amamentação. Os cartazes foram elaborados por colegas enfermeiras do serviço e por alunos de enfermagem com a supervisão das enfermeiras preceptoras do serviço. Ainda nas expressões gráficas de grandes dimensões, quadros com fotografias simples ou múltiplas, existem nos corredores do serviço e nas enfermarias de puerpério. Nas enfermarias da ala esquerda

do serviço existe um quadro em cada quarto, com fotografias de bebés a dormir e no corredor dois quadros de imagens múltiplas mostram várias fotografias de bebés a dormir, a ser amamentados ou a usar uma chupeta. Na ala direita do serviço todas as enfermarias têm quadros de bebés, das quais em quatro imagens a criança está a usar uma chupeta; em AM são visíveis quatro imagens e as restantes apresentam grávidas, pés de bebés ou bebés a dormir.

Relativamente a publicidade a fórmulas infantis os delegados de informação médica não têm contacto direto com as grávidas/mães nem existe publicidade acessível na forma de cartazes, objetos de trabalho ou material de consumo clínico. No entanto as malas oferecidas pelo hospital às mães por ocasião do nascimento do seu filho contêm bibliografia não científica com informação e publicidade relativas a fórmulas infantis além de trazerem uma chupeta de oferta (desde o início do presente ano não estão a ser distribuídas malas de oferta e segundo informação da Enfermeira Responsável do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia não se prevê o reinício da distribuição). O serviço de Obstetrícia recebe revistas não científicas sobre puericultura abordando diferentes temáticas, que não são rotineiramente distribuídas às puérperas mas ocasionalmente são fornecidas para leitura de ocasião.

## **2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS**

Nesta subsecção daremos conta dos aspetos mais relevantes em termos de caracterização dos recursos humanos e materiais disponíveis no ambiente do Estágio Final ao qual se reporta este Relatório.

### **2.2.1. Caracterização dos Recursos Materiais**

Quanto a recursos materiais no que toca ao AM, o serviço de Obstetrícia/Ginecologia possui um extrator de leite materno [LM] que se encontra concretamente na arrecadação do material de consumo clínico; o mesmo é utilizado sempre que necessário/solicitado pela puérpera. No serviço de Neonatologia, o local usado pelas mães para extração do seu leite fica numa zona de trabalho utilizado por enfermeiros e assistentes operacionais a qualquer hora, sempre que necessário, reduzindo a privacidade do ato. O Serviço de Urgência Pediátrica não possui extrator de LM e o Serviço de Pediatria-Internamento possui um extrator portátil que ajuda

nalgunas situações em que as mães de bebês internados necessitam extrair o seu leite. No que respeita à utilidade do leite extraído pelas mães, na Neonatologia, fica em *stock* para a criança, no serviço de Pediatria é retirado e dado na altura. No Serviço de Obstetrícia o LM retirado com bomba é armazenado com intenções de administração, se a mãe o solicitar, sendo contudo inutilizado na maior parte das vezes, pois a situação mais frequente em que a puérpera utiliza a bomba refere-se ao alívio de sintomas na fase de descida do leite. Se tiver o RN internado na Neonatologia quase sempre a puérpera retira o leite nessa Unidade. Reconhecendo-se aspetos que facilitam e outros que dificultam, pode pensar-se que haverá necessidade de maior sensibilização para a temática do AM. Assim, parece justificada, no âmbito de um projeto de intervenção profissional pró-Aleitamento Materno, a necessidade de preparar nos serviços um espaço digno e com os recursos técnicos para servir as mães do qual necessitem.

### **2.2.2. Caracterização dos Recursos Humanos**

No que toca a recursos humanos, concretamente no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, a equipa de enfermagem é constituída atualmente por vinte e sete enfermeiras, carecendo do vigésimo oitavo elemento, que se aposentou posteriormente à data da realização do Estágio Final. Relativamente à formação, dezanove são EESMO e quatro estão a concluir o processo de especialização em EESMO; os restantes quatro elementos da equipa são enfermeiras generalistas. No que concerne à caracterização da formação dos profissionais de enfermagem na área do AM, algumas enfermeiras têm frequentado formação em serviço sobre o tema, bem como palestras organizadas por entidades externas ao Hospital. Sete enfermeiras possuem o Curso de Aconselhamento em AM reconhecido pela OMS/UNICEF.

O corpo médico do Serviço dispõe de oito Obstetras/Ginecologistas residentes, dois médicos pertencentes a outras instituições hospitalares e que no HESE-EPE apenas prestam funções em regime *part-time* assegurando os cuidados de Urgência em períodos de 12 horas ou 24 horas e oito médicas internas de Obstetrícia/Ginecologia. Em termos de assistentes operacionais, o serviço dispõe de treze elementos a tempo inteiro.



### 2.2.2.1. Caracterização dos Recursos Humanos na Ligação com os Cuidados de Saúde Primários

Especificamente no que diz respeito aos Cuidados de Saúde Primários [CSP], as utentes terão atualmente um reduzido número de recursos na comunidade em termos de AM. Através do contacto telefónico com os enfermeiros de referência à área (quando existiam) nas sedes de concelho do Distrito de Évora, identificaram-se, concretamente: 1) curso de preparação para o nascimento, 2) profissionais com formação específica em AM, realização de 3) visita domiciliária no puerpério e 4) cantinho de amamentação. A Figura 6 apresenta resumidamente os recursos disponíveis:

<b>Recurso</b>	<b>Locais</b>
<b>Cursos de PPN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Saúde Familiar [USF] Planície de Évora;</li> <li>• 3 Clínicas privadas em Évora;</li> <li>• Centro de Saúde [CS] de Estremoz;</li> <li>• CS Montemor-o-Novo;</li> <li>• Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] de Reguengos de Monsaraz;</li> <li>• UCC de Vendas-Novas.</li> </ul>
<b>Profissionais Conselheiros em AM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USF Planície de Évora;</li> <li>• CS de Montemor (3 elementos);</li> <li>• CS Estremoz (1 elemento);</li> <li>• CS Portel (1 elemento);</li> <li>• 2 EESMO que ministram cursos de PPN nas clínicas privadas em Évora.</li> </ul>
<b>Visita Domiciliária no Puerpério</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USF Planície em Évora;</li> <li>• UCC de Vendas-Novas;</li> <li>• CS de Borba;</li> <li>• CS de Montemor-o-Novo (possui um projeto aprovado, não iniciado por falta de recursos humanos).</li> </ul>
<b>Cantinho de Amamentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projetos nos CS de Estremoz e Portel;</li> <li>• Projeto em fase de implementação no HESE-EPE.</li> </ul>

*Figura 6.* Descrição dos Recursos após a Alta no Distrito de Évora

Perante o contexto descrito, dentro do âmbito do atual projeto pretende estabelecer-se futuramente a articulação entre o HESE-EPE e os CSP proporcionando às utentes que provêm da área de abrangência do hospital, mas que não vivem no concelho de Évora, o encaminhamento para um profissional de referência em caso de necessidade. No entanto, ainda não foram dados passos nesse sentido, por indicação do Enfermeiro Diretor, que expôs as vantagens de implementar de forma consistente o projeto dentro do Hospital antes de abrir as portas para a comunidade. Em termos práticos as sedes de Concelho distam de Évora [ou seja do recurso que constituirá o

Cantinho da Amamentação previsto para o HESE-EPE], considerando o percurso de ida e volta, mais de 50 Km exceto o caso do Concelho de Arraiolos (Figura7):

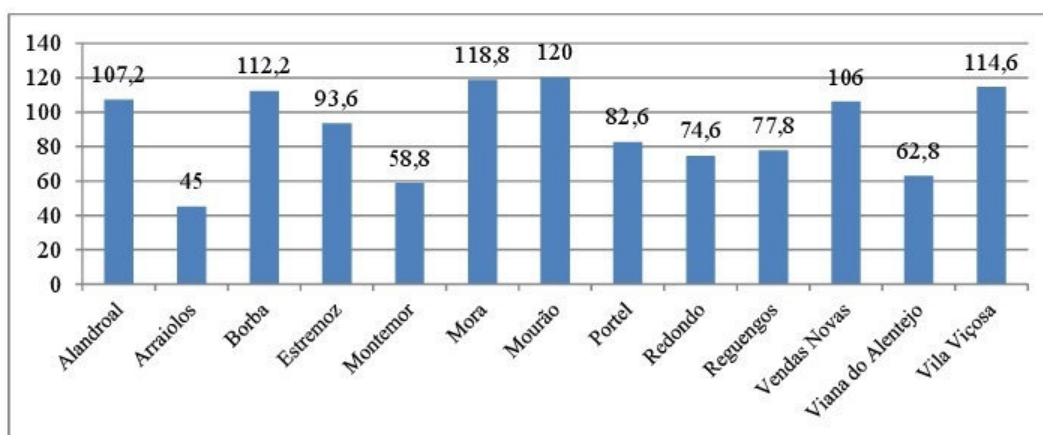


Figura 7. Distância entre a cidade de Évora e sedes de concelho (em Km)

### 2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No processo de aquisição de competências, teremos que considerar o conteúdo em que se pretendem desenvolver, nomeadamente o assunto do AM, o envolvente em termos da equipa e a qualidade dos cuidados oferecidos pela instituição, na perspetiva da proficiência como Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica [EESMOG].

#### 2.3.1. Enfermeiras que prestam cuidados nos Setores Materno-infantis

No que respeita à aquisição de competências das enfermeiras da área Materno-Infantil do HESE-EPE, tecemos as seguintes considerações. A implementação do projeto pretende contribuir para a uniformização da informação que serve de guia à conduta dos profissionais e aos momentos de educação para a saúde no que concerne ao AM. Tem também oportunidade, pois neste momento são consensuais e indiscutíveis as vantagens da amamentação para a diade, tal como determina a vigência do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que declaradamente enunciava “*será dado destaque ao aleitamento materno, como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais*” (DGS, 2004; p. 29).

Poderemos então dizer que há interesses mútuos na implementação do atual projeto. De fato, na relação beneficiário-prestador de cuidados é competência específica e reconhecida do EESMOG a promoção da saúde da mulher durante todas as fases do ciclo de vida. Concretamente no que respeita ao tema do AM são suas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2011), conforme Figura 8:

<b>Unidades de Competência</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno.
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina	H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

*Figura 8.* Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica relativas ao AM

### **2.3.2. Utentes do HESE-EPE beneficiárias dos cuidados prestados nos Setores Materno-Infantis**

No que respeita à aquisição de competências por parte das utentes do HESE-EPE, tecemos as seguintes considerações. O puerpério cria alguma instabilidade emocional, as mães precisam de apoio, as crianças dependem totalmente nas necessidades mais básicas como o conforto e a alimentação e muitas vezes as puérperas sentem-se inseguras e com receios de incompetência (Montenegro & Rezende Filho, 2011; Walker, 2006; Sandes, Nascimento, Figueira, Gouveia, Valente, Martins *et al*, 2007; Lowdermilk, Deitra & Pery, 2008). Este medo encontra-se relacionado com experiências anteriores negativas ou mesmo com a ausência de experiência, facto que leva a baixa autoeficácia no AM (Bowles, 2011).

Os resultados obtidos na fase de investigação deste relatório, ou seja a fase de aplicação dos instrumentos, enquadram a contemporaneidade atual da maternidade e as afirmações de autor (Bowles, 2011, Sandes *et al*, 2007); de fato as utentes do HESE-EPE defrontam-se na maioria dos casos com uma maternidade tardia, representada com cerca de 57,6% com idade igual ou superior a 29 anos, aspeto que condiz com as referências de 29,2 anos como idade média da mãe ao nascimento do 1º filho e de 30,9

anos ao nascimento de um filho (Pordata, 2012). Uma percentagem considerável (27,9%) apresentava à data do parto idade igual ou superior a 35 anos.

Por outro lado, uma percentagem considerável das utentes ( $n=115$ ; 33,5%) nasceu na década de 60 e 70 e a maioria nos anos 80 ( $n=164$ ; 52,1%), fato que na sequência das gerações tem algum significado pelo enquadramento social do AM (Levy & Bértolo, 2008; Levy & Bértolo, 2012; Zangão & Mendes, 2010). O abandono da prática do AM pode relacionar-se com acontecimentos como a industrialização, a II grande Guerra Mundial, a entrada da mulher no mercado de trabalho, os movimentos feministas, a mudança no modelo familiar (família alargada), a indiferença e a falta de formação dos profissionais de saúde que cuidavam de mães e bebés e a divulgação de produtos substitutos do LM. Este fenómeno provocou a redução significativa da incidência e prevalência do AM. A partir da década de 70 assistiu-se a um progressivo retorno à prática do AM mas encontra-se ainda hoje taxas de AM muito aquém do desejável. (Levy & Bértolo, 2008). De acordo com os resultados da nossa recolha de dados pode deduzir-se que são mulheres que não possuem modelos fortes de *maternage*. Zangão e Mendes (2010) consideram que estas mulheres terão tido porventura menos contacto com mulheres que amamentaram e/ou podem não ter sido, elas próprias, amamentadas não usufruindo de modelos de ensino e experiência no tema do AM.

### 3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Por população entende-se o conjunto de sujeitos, unidades de análise que possuem características em comum expressas através de critérios definidos. Ou seja, como **população alvo**, Fortin (2009:311) refere explicitamente que “*A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios definidos previamente e que permitem fazer generalizações.*” Considera-se nesta secção a população acessível (Fortin, 2009), que é possível entrar em contacto e que no atual projeto, se concretiza nos prestadores de cuidados enquadrados no tema do AM e no grupo de beneficiários dos cuidados de saúde materno-infantil.

Antes de caracterizar a população de referência deste Relatório enunciam-se resumidamente alguns aspetos que concorrem para os benefícios do AM. O cumprimento dos passos necessários à acreditação de um HAB apresentam um efeito positivo nos índices do AM e AME nos primeiros seis meses de vida da criança e nos comportamentos maternos. Um exemplo efetivo e real pode constatar-se no estudo empreendido no Hospital de Lancaster em Estrasburgo, o qual mostra como os dez passos para o sucesso do AM podem ajudar a melhorar a saúde das crianças, mães e comunidade. A autora do estudo refere que mães que têm o parto em HAB são mais propensas a iniciar e manter o AM e AME, também observado para os indicadores de AM aos seis meses e primeiro ano de vida e consideram-se relacionados com o apoio recebido nos primeiros dias (mais críticos) durante a estadia no Hospital (Frye, 2013). Outros autores referem aspetos que influenciam os resultados em termos de AM como sejam: 1) a informação fornecida durante a gravidez, 2) a intenção das grávidas em amamentar os filhos, 3) a oportunidade de contacto pele-a-pele concedida à diade, 4) a ajuda na primeira mamada, 5) o ensino sobre a posição para amamentar, 6) pega correta e expressão de LM, 7) riscos do uso de biberões, tetinas, mamilos de silicone e chupetas e 8) informação sobre fontes de apoio após a alta (Barnes, Cox, Doyle, & Reed, 2010).

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A população de referência do atual Relatório é constituída por dois grupos: um refere-se ao grupo profissional sobre quem incide a implementação do projeto que são 1) os enfermeiros do HESE-EPE que prestam cuidados na área Materno-Infantil. O

outro refere-se aos beneficiários diretos da aplicação do projeto, ou seja 2) as mulheres-mães que acorrem ao HESE-EPE. Não se tratando de um grupo alvo de intervenção direta neste Projeto-Relatório, aqui se caracterizam em termos de práticas do AM, antes da implementação do projeto, como ponto de partida para futura avaliação de ganhos. De fato são as principais beneficiadas com a melhoria dos cuidados decorrentes da sua implementação.

### **3.1.1. População alvo da implementação do projeto**

A análise dos dados, efetuada em relação às características da população pode observar-se em detalhe no Apêndice B. Sucintamente realçam-se os seguintes aspetos:

#### **Aspetos sociodemográficos da população alvo [150 Enfermeiros]**

a) Foram incluídos no estudo os enfermeiros dos serviços de Obstetrícia/Ginecologia, Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica, Consulta Externa, Neonatologia e Bloco Operatório. Na sua quase totalidade ( $N=145$ ; 96,7%) os inquiridos são do sexo feminino e apresentam idades compreendidas entre 25 e os 61 anos, com média de idade de 39,05 anos ( $DP=8,69$ ); a moda de idade é de 28 anos;

b) Relativamente ao tempo na carreira, este varia entre 3 e 40 anos, com média de 16,5 anos ( $DP=8,82$ ) e moda de 18 anos. Quase metade dos participantes ( $N=71$ ; 47,3%) assinalaram como habilitações académicas exclusivamente o curso base, 40,4% ( $N=61$ ) frequentaram cursos de pós-graduação, 8% ( $N=12$ ) cursos de formação contínua e apenas 4,7% ( $N=7$ ) detém o título académico de Mestre. Dos 53 inquiridos que se declararam como especialistas, a média de tempo de exercício nesta qualidade é de 8 anos ( $DP=7,19$ ). Em relação à realização de especialização, as mais representativas foram Especialização em SMO ( $N=20$ ; 1,3%) e Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica [SIP] ( $N=18$ ; 1,2%);

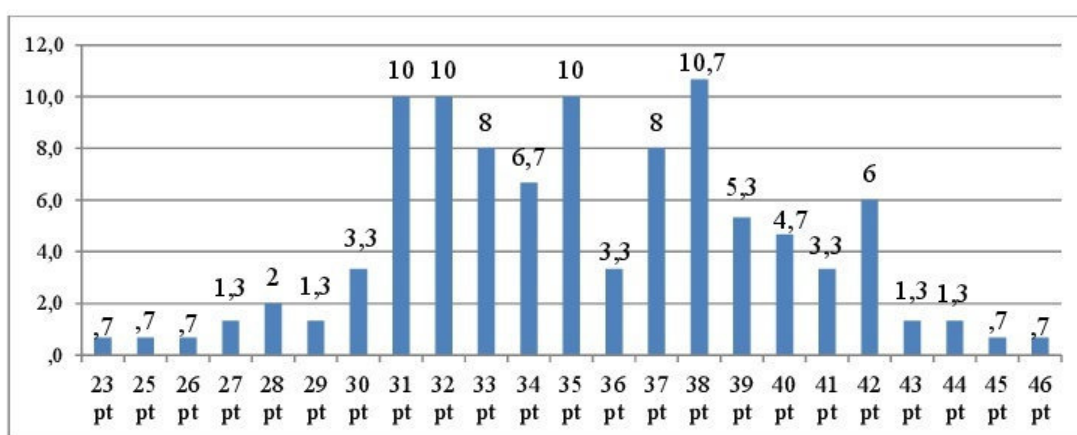
c) No que concerne ao tempo de serviço em serviços de Obstetrícia/Pediatria, 120 participantes referiram ter trabalhado/trabalhar nos setores. A média de tempo de serviço foi de cerca de 9 meses e a moda foi 6 meses ( $DP=6,73$ ). Quando analisada a formação dos profissionais em AM, em 146 participantes que responderam à questão, 15 assinalaram a resposta afirmativa. Na pergunta seguinte, acerca do tipo de formação em AM, a mais representativa foi a realização do Curso de Conselheiros em Aleitamento Materno ( $N=12$ ; 8%).

d) Os aspetos que se referem a experiências pessoais de AM podem ser consultados no Apêndice B.

**Aspetos relativos aos conhecimentos em AM [150 Enfermeiros]**

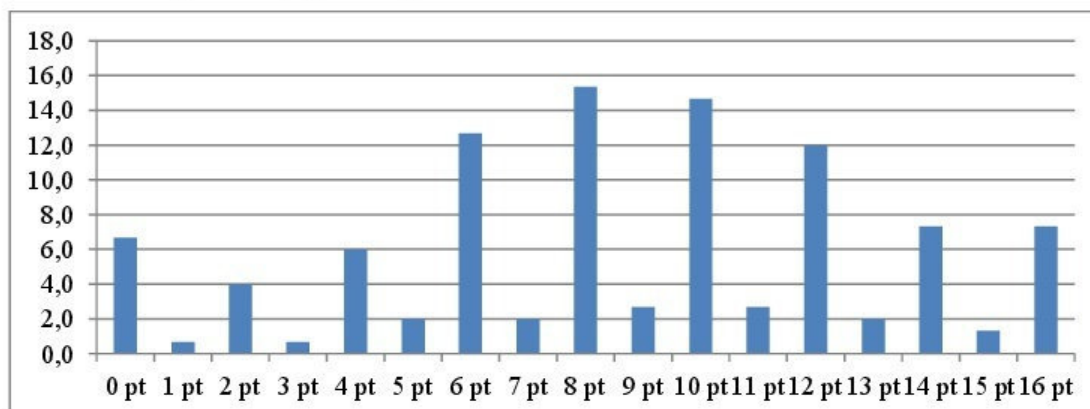
Os dados relativos aos conhecimentos dos profissionais em termos de AM apresentam-se detalhadamente no Apêndice C. Realçam-se aqui somente os resultados gerais da aplicação do instrumento:

1) Numa escala que varia entre 0 a 46 pontos, a média de respostas corretas relativamente a informação sobre o AM foi de 35,32 pontos (DP=4,37), entre um mínimo de 23 e um máximo de 46 pontos; a moda situou-se em 35 pontos (Figura 9);



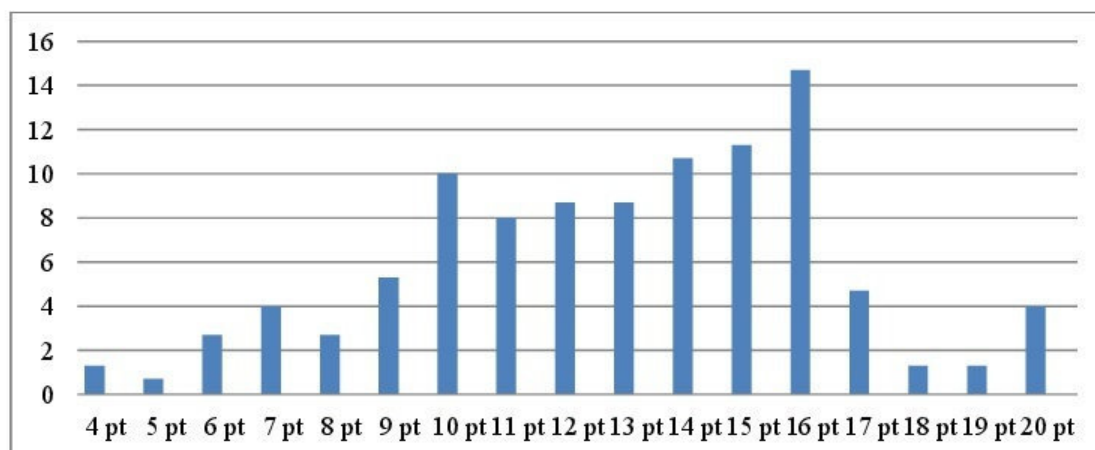
*Figura 9.* Subescala de pontuação relativa ao conhecimento sobre AM

2) Num máximo de 16 pontos que supõe todas as atitudes favoráveis ao AM na situação de internamento hospitalar da criança, a média de pontuações situou-se nos 8,67 pontos (DP=4,33) e a moda nos 8 pontos, variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 16 pontos (Figura 10);



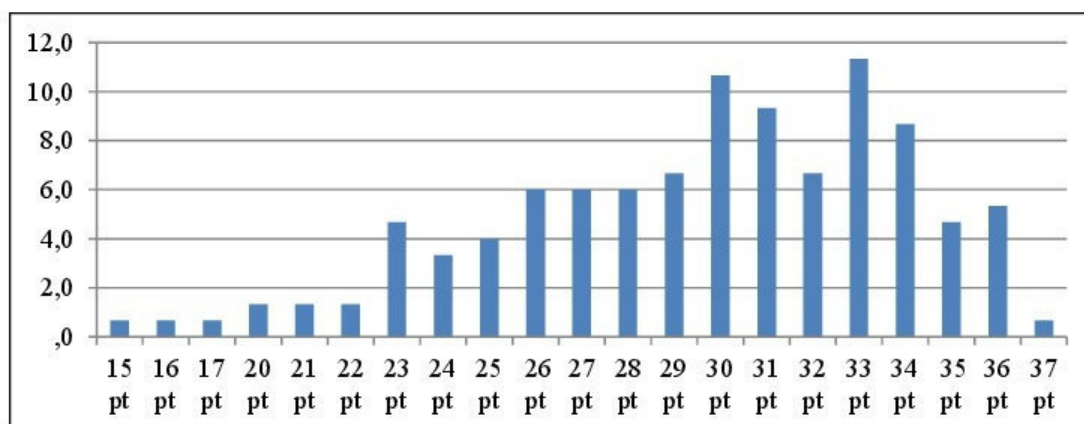
*Figura 10.* Subescala de pontuação relativa às atitudes favoráveis ao AM na criança hospitalizada

3) Num máximo de 20 pontos, a média de respostas sobre o conhecimento das Políticas e Recomendações Nacionais/Internacionais sobre AM encontra-se em 12,89 (DP=3,54), variando entre um mínimo de 4 e um máximo de 20 pontos, e sendo a moda de 16 pontos (Figura 11);



*Figura 11.* Subescala de pontuações relativas a Políticas de AM

4) Num máximo de 38 pontos que supõe todas as atitudes favoráveis, a média de respostas situa-se em 29,5 pontos (DP=4,43) variando entre um mínimo de 15 e um máximo de 37 pontos, e sendo a moda de 33 pontos (Figura 12);



*Figura 12.* Subescala de pontuações relativas à atitude dos profissionais perante o AM

5) Quando analisadas as respostas dos participantes no que concerne às questões para as quais não foram utilizadas subescalas, as percentagens mais elevadas representam muitas vezes respostas corretas para os conhecimentos sobre nutrição e benefícios do AM, situação da criança hospitalizada, conhecimentos baseados na observação, políticas de promoção/proteção do AM e experiência pessoal relativa ao tema. Os resultados integrais desta análise podem ser consultados no Apêndice D.



Foi aplicado, num segundo tempo, outro instrumento ao mesmo grupo de enfermeiros, com o intuito de caracterizar os seus conhecimentos sobre conservação do LM (Apêndice E). Desta vez, apenas 70 profissionais preencheram o questionário, representando uma taxa de retorno de 47,95% (Figura 13):

	Total Enfermeiros disponíveis no 2º tempo	No. Questionários recebidos no 2º tempo	No. Enf. Disponíveis no 1º tempo
<b>1 Neonatologia</b>	22	7	19
<b>2 Pediatra</b>	16	11	15
<b>3 Urgência Pediátrica</b>	13	5	15
<b>4 Consulta SMO</b>	1	1	1
<b>5 Obstetrícia</b>	28	28	28
<b>6 Consulta externa</b>	20	13	21
<b>7 Bloco Operatório</b>	46	5	51
<b>Total questionários</b>	146	70	150

Figura 13. Taxa de retorno dos questionários aplicados em segundo tempo

A maioria dos participantes que responderam ao questionário releva conhecimentos sobre a Conservação do LM. Apenas no que dizia respeito ao tempo máximo de conservação de LM extraído recentemente *a)* à temperatura ambiente *b)* no frigorífico e *c)* tempo máximo de conservação de LM descongelado no frigorífico, a maior parte assinalou incorretamente a resposta. A análise dos dados tem por base a tabela do Ministério da Saúde (2012). Apresenta-se, na Figura 14 os resultados em maior detalhe:







Conservação do Leite Materno								
	Temperatura ambiente	Frigorífico		Congelador doméstico (porta separada)		Arca congeladora (-20° C)		
								
Leite extraído recentemente	<b>1 dia</b>		<b>3-5 dias</b>		<b>3-6 meses</b>		<b>6-12 meses</b>	
	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo
	67,1%	32,9%	55,7%	44,3%	10%	90%	17,1%	82,9%
Leite descongelado no frigorífico	<b>≤ 4 horas</b>		<b>24 horas</b>		<b>Não recongelar</b>		<b>Não recongelar</b>	
	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo
	34,3%	65,7%	15,7%	84,3%	1,4%	98,6%	1,4%	98,6%
Descongelado fora do frigorífico em água quente	<b>Para completar refeição</b>		<b>4 horas</b>		<b>Não recongelar</b>		<b>Não recongelar</b>	
	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo
	22,9%	77,1%	72,9%	27,1%	4,3%	95,7%	5,7%	94,3%

Figura 14. Resultados do questionário sobre conservação do LM

Quando questionados os participantes acerca das principais facilidades e dificuldades encontradas no contexto da educação para a saúde sobre AM, apresentam-se os resultados mais significativos da análise semântica efetuada (a versão completa é apresentada no Apêndice E):

✓ A primeira facilidade apontada pelo profissional, entre os 69 profissionais que responderam à questão foi:

- 1) Motivação materna para amamentar ( $N=27$ ; 18%);
- 2) Recetividade materna para aprender ( $N=13$ ; 8,7%);
- 3) Experiência anterior positiva ( $N=8$ ; 5,3%).

✓ A segunda facilidade apontada pelo profissional, entre os 67 profissionais que responderam à questão, foi:

- 1) Motivação materna para amamentar ( $N=12$ ; 8%);
- 2) Promoção da vinculação mãe-bebé ( $N=8$ ; 5,3%);
- 3) Recetividade materna para aprender ( $N=7$ ; 4,7%);
- 4) Experiência anterior positiva ( $N=7$ ; 4,7%);
- 5) A mãe ter conhecimento das vantagens do LM ( $N=6$ ; 4%).

✓ A primeira dificuldade apontada pelo profissional, entre os 68 profissionais que responderam à questão, foi:

- 1) Falta de motivação para amamentar ( $N=11$ ; 7,3%);
- 2) Falta de tempo dos profissionais ( $N=7$ ; 4,7%);
- 3) Falta de um local apropriado para a amamentação ( $N=6$ ; 4%);
- 4) Falta de recetividade materna para aprender ( $N=5$ ; 3,3%);

Surgem ainda como relevantes pelo seu sentido:

- 5) Baixo nível de confiança das mães ( $N=5$ ; 3,3%);
- 6) A prematuridade ou outra patologia ( $N=4$ ; 2,7%);
- 7) Algumas mães não quererem amamentar ( $N=4$ ; 2,7%);
- 8) Ansiedade materna ( $N=4$ ; 2,7%);
- 9) Dificuldade em quantificar o leite ingerido pelo bebé ( $N=3$ ; 2%).

✓ A segunda dificuldade apontada pelo profissional, entre os 67 profissionais que responderam à questão, foi:

- 1) Falta de tempo dos profissionais (N=14; 9,3%);
- 2) Falta de motivação para amamentar (N=7; 4,7%);
- 3) Falta de receptividade materna para aprender (N=5; 3,3%);
- 4) Dificuldade em quantificar o leite ingerido pelo bebê (N=5; 3,3%);

Surgem ainda como relevantes pelo seu sentido:

- 5) Experiência anterior negativa (N=4; 2,7%);
- 6) Falta de conhecimentos maternos sobre amamentação (N=3; 2%).

Sobre o assunto IHAB apresentam-se os resultados do questionário aplicado:

- A maioria dos participantes respondeu que “não sabe” a resposta à pergunta: “*A instituição/hospital onde trabalha envia para a Direção Geral de Saúde os dados sobre Aleitamento Materno?*” (N=47; 68,1%);
- A maioria dos participantes respondeu corretamente à pergunta “*O HESE-EPE é instituição acreditada Hospital Amigo dos Bebés?*” (N=53; 76,8%);
- A grande maioria dos participantes que responderam ao questionário consideram importante o HESE-EPE candidatar-se a HAB (N=57; 89,1%);
- Dos participantes que consideram não importante aquela candidatura, apenas 4 justificaram a sua resposta (As razões apontadas referem-se à existência de outras prioridades, à falta de estrutura física e de recursos humanos);
- Entre os participantes que consideram importante a candidatura do HESE-EPE a HAB, as razões apontadas com maior expressão foram:
  - 1) Promoção do AM/vantagens do AM para mães e bebês (N=30; 19%);
  - 2) Uniformização dos cuidados (N=5; 3,3%);
  - 3) Certificado de qualidade dos cuidados (N=4; 2,7%);
  - 4) Melhoria dos cuidados (N=4; 2,7%).

### 3.1.2. População beneficiária dos cuidados

Relativamente ao diagnóstico de situação acerca da população beneficiária, no que concerne às taxas e aspetos práticos relacionados com o AM, a abordagem foi realizada expressamente para este efeito, uma vez que não existiam dados organizados, até à data; o HESE-EPE não enviava informação para a plataforma “Registo do Aleitamento Materno” da DGS (i.e. registo posterior feito por nós no âmbito do atual Projeto). Foi consultado o “Livro de Partos” recolhendo os registos de um ano (1 de Setembro de 2011 e 30 de Setembro de 2012) num total de 1420 casos, analisando-os através do programa de estatística SPSS versão 20. Realçam-se os aspetos considerados mais significativos. Em pormenor os mesmos são apresentados no Apêndice F.

#### **Aspetos sociodemográficos da população de utentes do HESE-EPE [Período Setembro 2011 – Setembro 2012]**

a) A idade das puérperas oscilou entre 14 e 45 anos. A média de idade materna à data do parto situou-se perto dos 30 anos (DP=5,66) e a moda nos 35 anos. A maternidade na adolescência foi pouco representativa naquele período (N=53; 3,7%). Por outro lado, a maternidade em idade igual ou superior a 35 anos representou 26,4% dos casos (N=375). Ainda assim, a idade da grande maioria das puérperas (N=992; 69,9%) situou-se no intervalo de idade entre os 18 e os 34 anos (Figura 15).

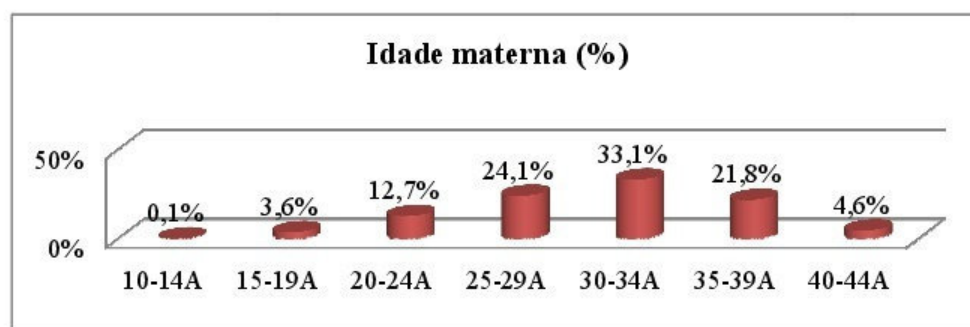


Figura 15. Idade Materna

b) No que respeita à idade gestacional à data do parto, a mesma oscilou entre 186 (26s+4d) e 295 dias (42s+1d) numa média de 273 dias (39 semanas) (DP=15,05). Embora grande parte das utentes tenha tido o parto depois das 37 semanas de gravidez (89,5%), considera-se significativo o número de mulheres que tiveram os seus filhos antes do termo da gravidez (N=126; 10,5%). Este achado poderá ser explicado pelo fato do HESE-EPE ser recurso geográfico como HAPD;

c) Quando analisado o tipo de parto, os resultados mostram que a maioria das mulheres tiveram os seus filhos por via vaginal (58,7%) mas destas apenas 45,3% tiveram parto eutócico, e que a percentagem de cesarianas (41,3%) se apresenta superior aos 15% recomendados pela OMS para um HAPD (Figura 16). De facto, nos últimos trinta anos são poucos os países desenvolvidos em que não aumentou o número de Cesarianas, o que é atualmente motivo de preocupação política, pelo aumento de custos e morbi-mortalidade materna sem benefícios fetais associados (RCOG, 2001, ACOG, 2000 & POMA PA, 1999 citados por Reynolds, Ayres-De-Campos, Costa, Santos, Campos & Montenegro, 2004);



*Figura 16. Tipo de Parto*

d) O índice de Apgar [IA] é um instrumento útil na avaliação da capacidade de adaptação do RN à vida extrauterina. Composto com 5 itens (frequência cardíaca e respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração), permite uma apreciação do estado fisiológico do RN após o nascimento (Lowdermilk & Perry, 2008). Independentemente do tipo de parto, uma percentagem muito elevada (96,3%) de bebés nasce com boa capacidade de adaptação à vida extrauterina (IA ao primeiro minuto igual ou superior a 7 conforme as autoras supracitadas);

e) Para a maioria das mulheres que tiveram o parto no período em estudo ( $N=741$ ; 52,7%), este foi o seu primeiro filho. Apenas 34,2% ( $N=501$ ) das mulheres tiveram no mesmo período o seu segundo filho representando o nascimento do primeiro e/ou segundo filhos 86,9% ( $N=1242$ ) dos casos (Figura 17). Embora em pequeno número, 12 utentes (0,99%) apresentaram um passado obstétrico carregado (i.e. três ou mais abortos e/ou três partos pré-termo sem filhos vivos).

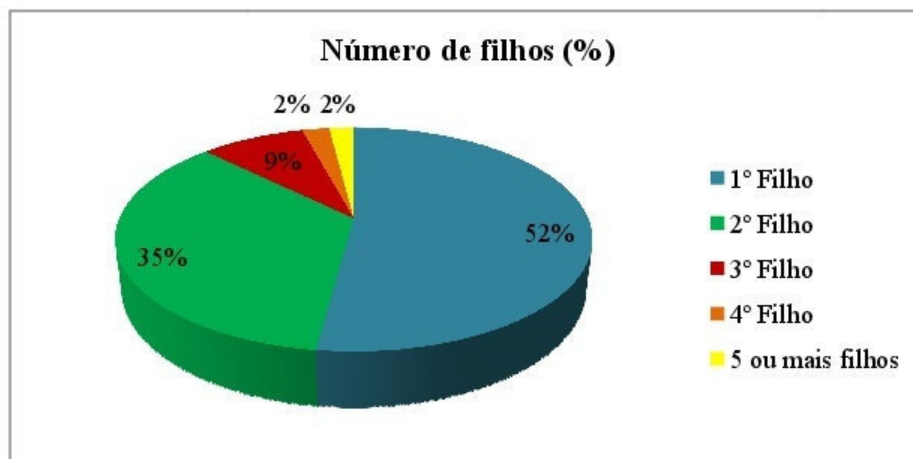


Figura 17. Número de Filhos

### 3.1.2.1. Caracterização da Amostra [315 Utentes do HESE-EPE]

Na impossibilidade de abordar todas as mulheres que acima se caracterizaram gerou-se uma amostra aleatória na matriz de dados, cuja metodologia se explica em seção adiante. Durante o período de telefonemas decorrido entre 23-01-2013 e 23-02-2013, das 330 utentes selecionadas, responderam 315 utentes representando estas 95,5% da totalidade da amostra. Não foi possível inquirir a totalidade das utentes que constituíam a amostra devido à existência de números de telefone não atribuídos ou encaminhados consecutivamente para atendedor de chamadas nas diversas tentativas de contacto efetuadas. Decorrente da análise das características da amostra, realçam-se os aspetos mais relevantes (na íntegra os resultados apresentam-se no Apêndice F):

- ✓ A grande maioria das utentes que responderam ao inquérito telefónico pertence ao Distrito de Évora ( $n=278$ ; 83,4%);
- ✓ Apresentavam idades compreendidas entre os 14 e os 45, e uma média de idade de, aproximadamente, 30 anos (DP= 5,7). A moda situa-se nos 35 anos. Uma percentagem considerável ( $n=88$ ; 27,9%) apresentava à data do parto, idade igual ou superior a 35 anos. A gravidez na adolescência teve na amostra fraca representação

( $n=14$ ; 4,4%). Embora a maioria das utentes ( $n=213$ ; 67,6%) tivesse entre 20 – 34 anos à data do parto, o grupo mais representativo traduz idade da utente entre 30 – 34 anos ( $n=104$ ; 33%) como se repara na Figura 18;

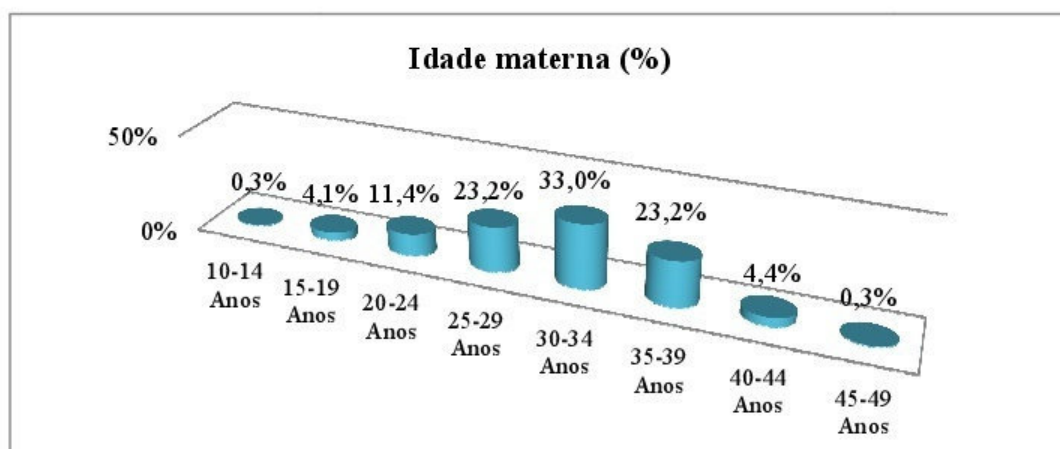


Figura 18. Idade materna na amostra

- ✓ Relativamente ao ano de nascimento, a maioria das utentes nasceram nos anos 80 ( $n=164$ ; 52,1%); uma percentagem considerável das utentes ( $n=115$ ; 33,5%) nasceu na década de 60 e 70;
- ✓ A idade do bebé à data do telefonema variou entre os 4 e 17 meses. A média de idade situou-se perto dos 11 meses ( $M=10,78$ ;  $DP= 3,9$ ). A moda foi 16 meses;
- ✓ Embora o parto via baixa tenha sido o tipo de parto na maioria dos casos ( $n=185$ ; 58,7%), uma parte importante das utentes inquiridas ( $n=130$ ; 41,3%) teve o parto por cesariana como mostra a Figura 19;



Figura 19. Tipo de parto identificado na amostra

- ✓ Relativamente ao peso do RN nos partos das utentes inquiridas, a média situa-se nos 3,250 kg ( $DP=0,371$ ) e a mediana nos 3,210 kg. O peso mínimo encontrado foi 2,200 kg e o máximo foi 4,300 kg. De acordo com a classificação de Palminha (2003),

relativa ao peso à nascença, a quase totalidade dos RN incluiu-se no grupo dos bebés normossómicos (i.e.  $2,500 \text{ kg} < \text{peso} \leq 4,000 \text{ kg}$ ) (Figura 20):

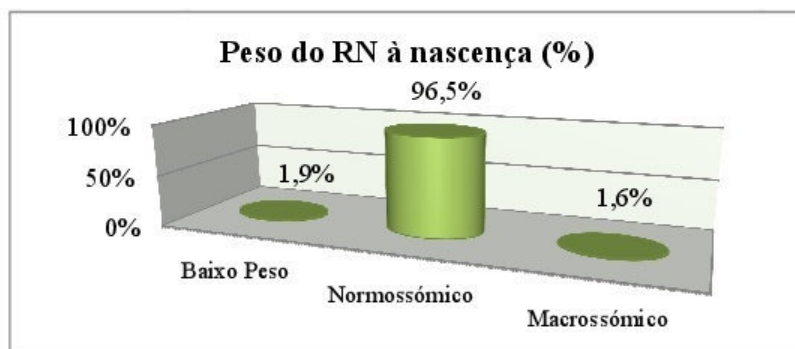


Figura 20. Peso do RN filhos das utentes da amostra

✓ Relativamente ao IA dos recém-nascidos na amostra em estudo, os resultados foram os constantes nas figuras 21, 22 e 23:

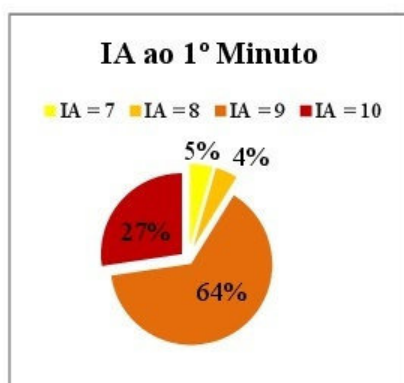


Figura 21. IA ao 1º Minuto



Figura 22. IA ao 5º Minuto

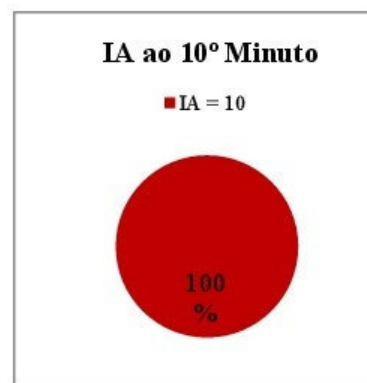


Figura 23. IA ao 10º Minuto

✓ A maioria das utentes inquiridas ( $n=210$ ; 66,7%) seguiu a gravidez em consultório particular de médico Obstetra (Figura 24);

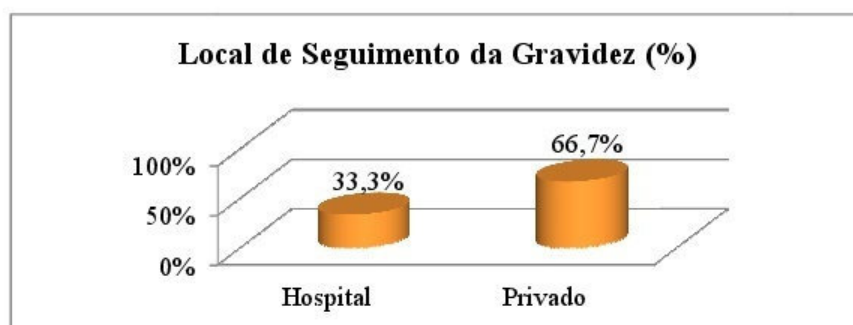


Figura 24. Local de Seguimento da Gravidez nas Mulheres da Amostra Aleatória

✓ A maioria das utentes ( $n=222$ ; 70,5%) não fez curso de PPN na gravidez do filho que deu origem à seleção para inquérito telefónico. Relativamente às utentes que frequentaram aquele curso, apenas uma ( $n=1$ ; 0,3%) o fez no Hospital. Foi realizado em



maior número no privado ( $n=54$ ; 17,1%) mas as percentagens, em comparação com o CS, ( $n=38$ ; 12,1%) são próximas (Figura 25):

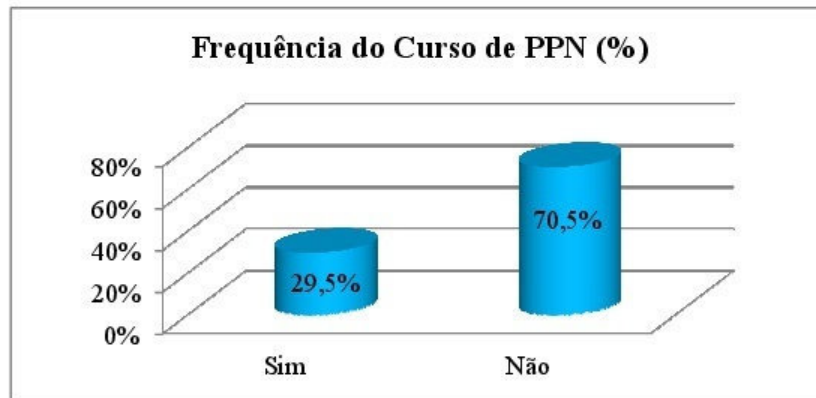


Figura 25. Frequência de curso de PPN

✓ Durante o internamento hospitalar a grande maioria das utentes ( $n=230$ ; 73%) refere ter recebido ensinamentos sobre a temática do AM (Figura 26). Das 229 participantes a resposta mais representativa quanto ao número de ensinamentos sobre AM de que foram alvo por parte das enfermeiras foi de três ensinamentos ( $n=57$ ; 24,9%);

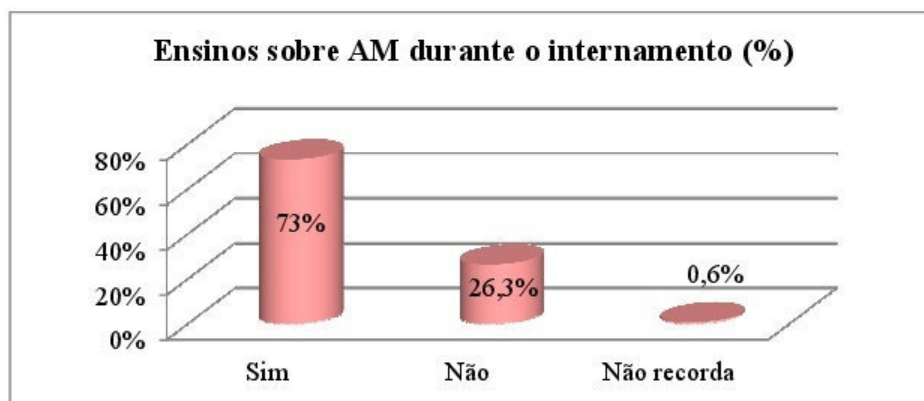


Figura 26. Ocorrência de ensinamentos sobre AM durante o internamento hospitalar

✓ A esmagadora maioria das utentes contabilizou entre 48 – 72H de internamento após o parto ( $n=298$ ; 92,7%). Mais de metade esteve internada 48H ( $n=159$ ; 50,5%);

✓ A quase totalidade das utentes inquiridas ( $n=308$ ; 97,8%) verbalizou intenção, de alimentar o filho apenas com LM antes do Parto;

✓ Metade das utentes inquiridas ( $n=157$ ; 50%) refere ter amamentado/tentado amamentar o RN no decurso da primeira hora após o parto; segue-se o relato de 2 horas após o parto ( $n=122$ ; 38,9%) para esta tarefa e a primeira meia hora após o parto por uma pequena percentagem das inquiridas ( $n=28$ ; 8,9%) como se visualiza na Figura 27;

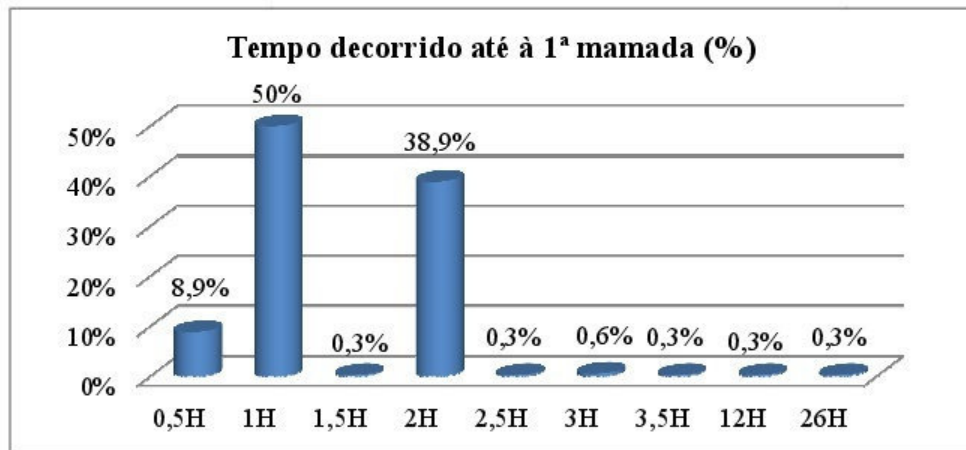


Figura 27. Tempo decorrido até à primeira mamada

- ✓ Entre as utentes inquiridas que têm outros filhos, 94,4% refere tê-los amamentado ( $n=153$ ) e a média de tempo, nesses casos, foi cerca de 7 meses (DP=6,17). O tempo de AM oscilou entre uma semana (0,25) e 3 anos (36 meses). A moda de idades foi 4 meses. A maioria das utentes inquiridas ( $n=89$ ; 58,8%) deixou de amamentar os filhos anteriores nos primeiros seis meses de vida;
- ✓ Durante a estadia no hospital, a maioria dos bebés ( $n=239$ ; 75,9%) foi alimentada exclusivamente com AM, 21% ( $n=66$ ) esteve em Aleitamento Misto e uma escassa percentagem ( $n=10$ ; 3,2%) fez exclusivamente leite artificial (Figura 28).

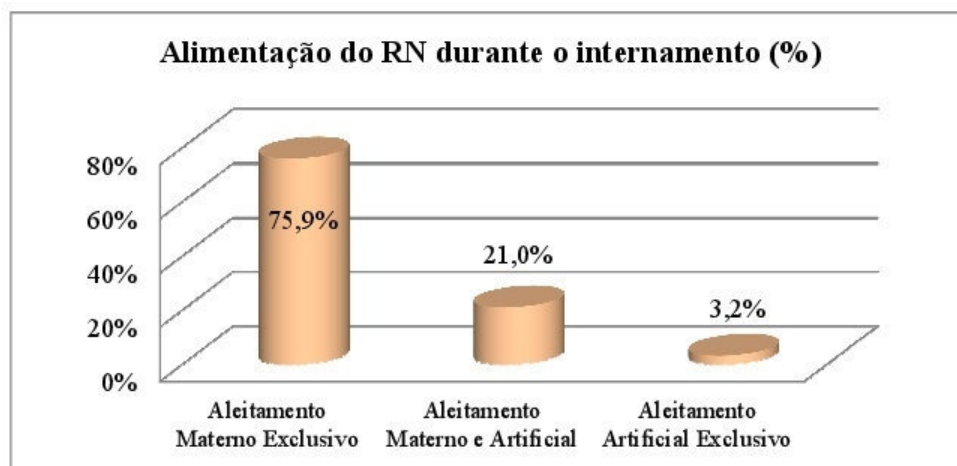


Figura 28. Alimentação do RN durante o internamento no HESE-EPE

- ✓ Em mais de metade dos casos, foi oferecida chupeta ao bebé na primeira semana de vida ( $n=167$ ; 53%). A maioria dos RN que iniciou o uso de chupeta ( $n=159$ ; 61,2%) recebeu-a ainda durante a estadia no Hospital (Figura 29). A grande maioria dos filhos das inquiridas ( $n=250$ ; 82,5%) usava chupeta à data do telefonema;

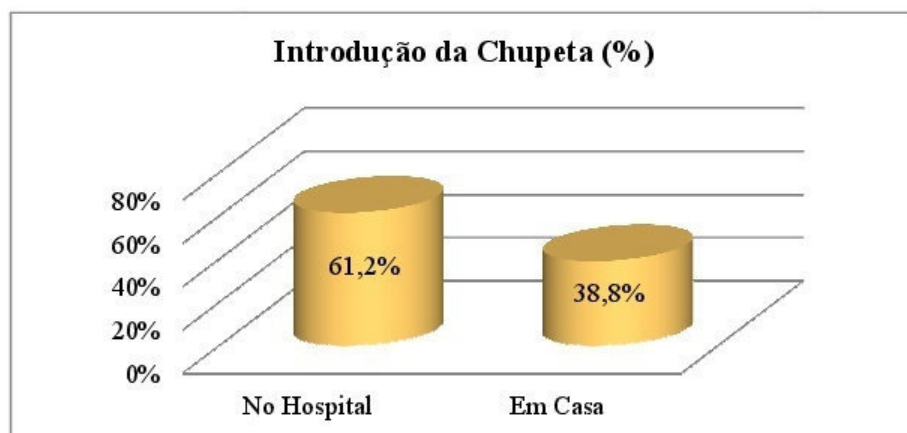


Figura 29. Local onde iniciou a introdução da chupeta

✓ Das utentes inquiridas ( $n=242$ ), 77,1% refere amamentar e/ou ter amamentado os filhos em regime de livre demanda a pedido do bebé, 18,5% ( $n=58$ ) em horário fixo e uma pequena parte ( $n=14$ ; 4,5%) numa combinação destes regimes (figura 30);

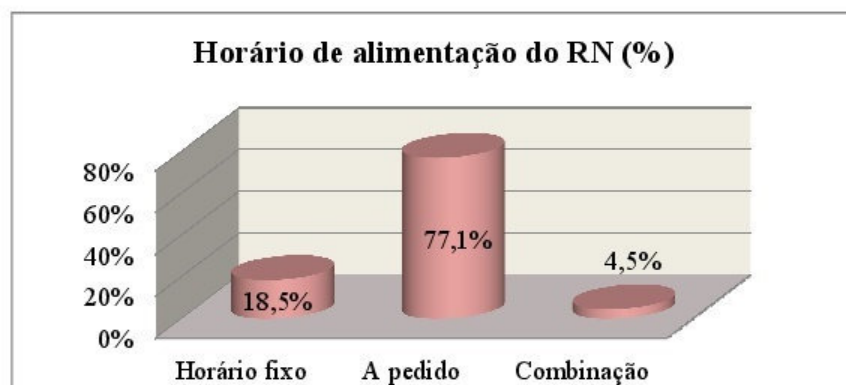


Figura 30. Regime de horário de alimentação do RN

✓ Em relação à oferta de fórmulas infantis 99,4% das utentes ( $n=313$ ) referem não ter recebido qualquer oferta de leite de fórmula. Por outro lado, a quase totalidade das utentes refere não ter recebido informação acerca de recursos disponíveis após a alta relativamente à amamentação ( $n=304$ ; 96,5%);

✓ No que concerne à introdução do leite de fórmula na alimentação dos bebés, a idade oscilou entre os 0 e os 14 meses. A média de idade em que o bebé iniciou a alimentação com fórmulas infantis ronda os 2,5 meses (2,48) (DP=2,54). A moda de introdução das fórmulas infantis situa-se nos 0 meses. Considera-se relevante o facto de as fórmulas terem sido introduzidas antes dos 6 meses de idade em 88,1% dos casos ( $n=200$ ). As percentagens mais representativas apresentam-se na figura 31:

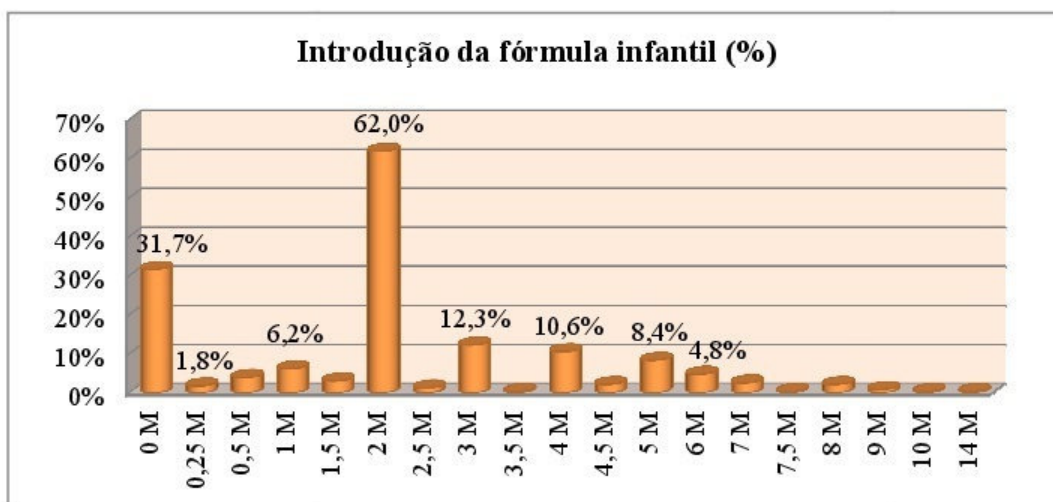


Figura 31. Idade da criança à data de introdução da fórmula infantil

✓ Quando analisadas as razões apontadas pelas utentes para introdução de fórmulas infantis na alimentação do bebé, as mais significativas constam na figura 32:

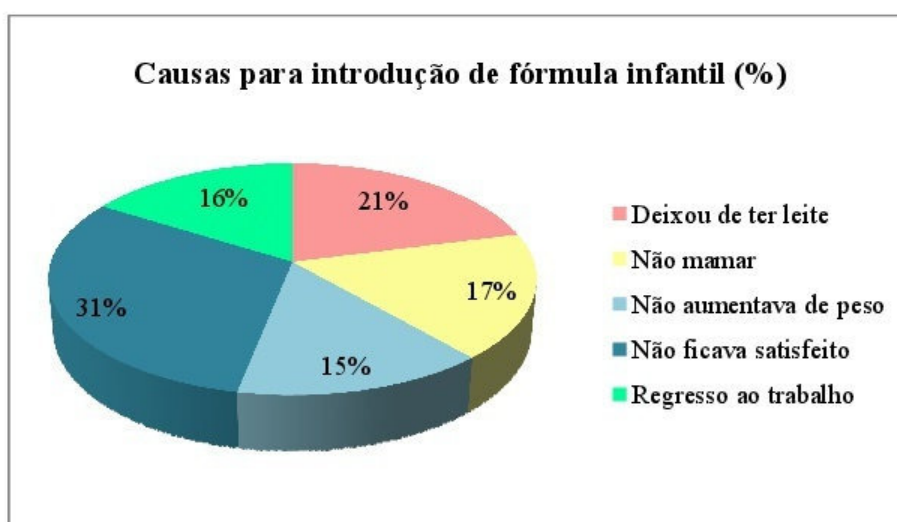


Figura 32. Causas de introdução de fórmula infantil na alimentação do bebé

✓ Entre as causas mais frequentes para a introdução de mais que LM (leite de fórmula ou alimentos) as mais representativas foram a indicação do Pediatra ( $n=77$ ; 24,4%), o fator idade ( $n=64$ ; 20,3%) e não ficar satisfeito só com LM ( $n=52$ ; 16,5%);

✓ A idade em que os alimentos sólidos foram introduzidos variou entre os 3 e os 7 meses. A média situou-se nos 4,3 meses (DP= 0,67). A moda situa-se nos 4 meses de idade. Uma grande parte dos bebés ( $n=220$ ; 71,2%) que iniciou a alimentação sólida fê-lo aos 4 meses de idade e na sua quase totalidade, antes dos 6 meses de vida ( $n=285$ ; 92,2%). Apresenta-se a figura ilustrativa 33:

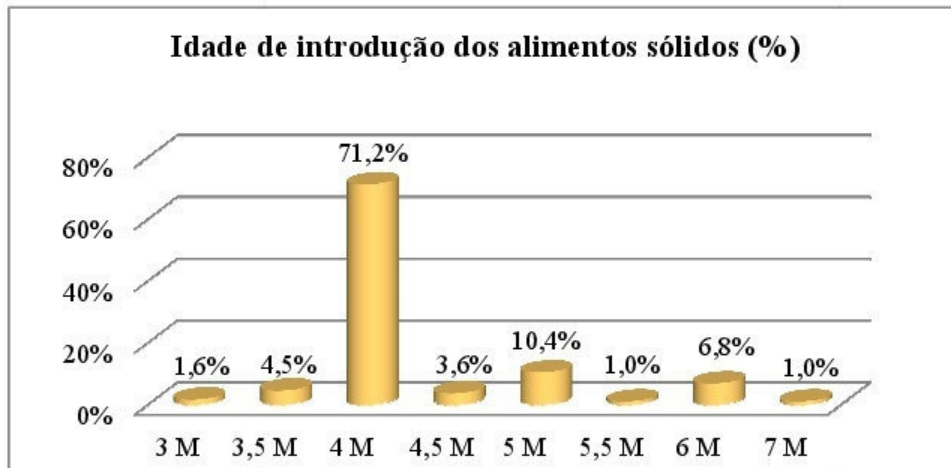


Figura 33. Idade de introdução dos alimentos sólidos

✓ Em termos da idade em que o bebé deixou de ser alimentado com LM (ao peito ou oferecido após extração, independentemente de ser em regime exclusivo ou misto), variou entre o nascimento e os 13 meses de idade. A média foi de cerca de 4 meses (M=4,21; DP=2,98). A moda também se situou nos 4 meses. Considerou-se digno de referência que a maioria dos bebés deixou de ser alimentada com qualquer quantidade de LM antes dos seis meses ( $n=157$ ; 66,8%). Por outro lado também a percentagem de bebés que deixaram de ser amamentados dentro do primeiro mês de vida se considerou representativa ( $n=52$ ; 22,1%). Apresenta-se a figura ilustrativa 34:

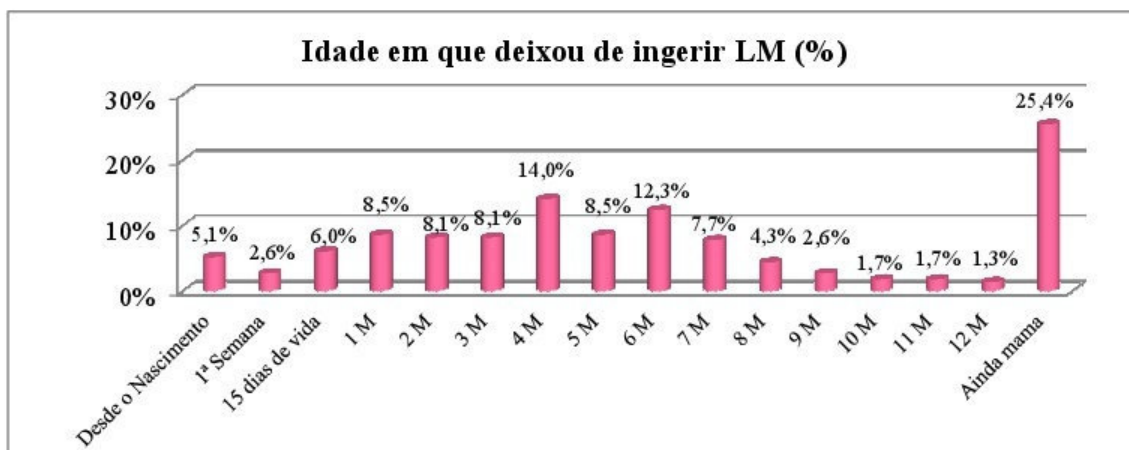


Figura 34. Idade em que deixou de ingerir LM

✓ A maioria das utentes ( $n=240$ ; 76,2%) encontrava-se a usar algum método contraceptivo à data do telefonema; destas, a maioria atualmente toma a pilula oral combinada como método contraceptivo ( $n=162$ ; 51,4%). A percentagem é ainda mais representativa se for considerado uso de pilula contraceptiva em geral, seja para proteger de uma nova gravidez durante a amamentação ou depois do desmame ( $n=194$ ; 61,6%).

Uma pequena parte ( $n=45$ ; 14,3%) não se apresentava, no momento, a usar qualquer método contraceptivo;

✓ A maioria das utentes refere ter tomado a pilula da amamentação, após o parto ( $n=172$ ; 54,6%); 24,8% ( $n=78$ ) não fez qualquer método contraceptivo após o parto; e 14% refere ter tomado a pilula oral combinada ( $n=44$ ; 14%) Uma parte refere ter optado pelo uso de preservativo ( $n=14$ ; 4,4%).

### 3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Atualmente em Portugal, à semelhança de outros países do mundo assiste-se a uma taxa de início do AM elevada, acima dos 90% aquando da alta hospitalar mas, por outro lado, também é elevada a percentagem de mulheres que abandonam precocemente a amamentação dos seus filhos (Órfão, 2012). Algumas situações como o início tardio (depois da primeira hora de vida), experiências anteriores negativas, informação errada ou a falta dela, ou a falta de apoio na resolução de problemas do decorrer da amamentação poderão explicar esta situação (Sandes *et al*, 2007; Roig *et al*, 2010). Decorrente de uma revisão sistemática efetuada a 34 estudos em 14 países, que incluíram cerca de 30000 mães, o apoio dos profissionais de saúde que cuidam de grávidas, mães e seus bebés em idade lactante, assumem um papel preponderante no apoio à mulher que pretende amamentar com resultados positivos nas taxas de AM durante o período recomendado pela OMS (Britton, McCormick, Renfrew, Wade & King, 2007).

#### 3.2.1. Necessidades Específicas das Enfermeiras que prestam cuidados nos setores Materno-Infantis

A decisão relacionada com a forma de alimentar o bebé é um projeto que começa durante a gravidez e que é consolidada após o nascimento. De acordo com o manual do formador da OMS/UNICEF para os Cursos de Promotores do AM (2009) a alimentação do bebé está relacionado com questões culturais. Em algumas culturas não se pondera que a alimentação do RN seja outra senão a amamentação; por outro lado, nos países em que o *marketing* dos substitutos do LM se encontra amplamente desenvolvida a decisão do método de alimentação do RN pode ser uma questão que

comece e seja consolidada apenas durante a gravidez. Ainda assim, não é uma aptidão inata da diáde mas algo que precisa de ser aprendido, treinado e a mulher que decide amamentar necessita de apoio para iniciar, manter e prolongar a duração da amamentação (Torre, 2004; Britton *et al*, 2007).

A IHAB assenta nos dez passos indispensáveis para o sucesso do AM e como descrito nos mesmos, é um processo que começa no período pré-natal e termina com o apoio após a alta. De facto, a gravidez, período de preparação física e psicológica, é o momento ótimo para os profissionais de saúde realizarem educação para a saúde da família. As grávidas apresentam-se sedentas de informação, também no que respeita à alimentação do RN e é na gravidez que a maioria das mulheres decide a forma de alimentar os filhos (Corbett, 2008; Levy e Bértolo (2012). Sabemos que a partir do HESE-EPE pode não ser possível atingir todas estas etapas uma vez que atualmente não dispõe de cursos de preparação para o parto ou apoio após a alta. Foi contudo feito o esforço de envolver todas as valências disponíveis a fim de motivar o envolvimento, sensibilizar para que em qualquer serviço desta área a mulher possa receber informação consistente e uniforme, uma vez que dentro da instituição hospitalar há uma imensidão de aspetos que podem fazer a diferença na experiência materna e no resultado final em termos de AM.

Através dos questionários aplicados à população alvo do projeto, pode concluir-se que os conhecimentos relativos ao AM por parte dos profissionais envolvidos não são uniformes. Este aspeto foi verbalizado pelas próprias puérperas no contato telefónico.

Conforme apresentado acima o Serviço de Obstetrícia possui sete enfermeiras conselheiras em AM; no Serviço de Neonatologia existem 2/23 com este tipo de formação; na Urgência Pediátrica são 4/13 elementos. O Serviço de Pediatria não possui Conselheiras em AM (de 16 elementos). O Serviço de Consulta Externa conta com uma enfermeira ESMO que está mais direcionada para a consulta de SMO e duas para a consulta de enfermagem de saúde infantil; no entanto, não existe ali nenhum elemento com esta formação. Neste contexto justifica-se a necessidade de formação em AM às equipas, alcançada com a implementação do projeto.

### **3.2.2. Necessidades específicas das utentes que usufruem dos Cuidados prestados pelos profissionais dos Setores materno-infantis**

Considerando-se os resultados encontrados na análise das características da população e amostra aleatória, pode observar-se em termos gerais que há fatores que porventura anunciam dificuldades potenciais para as práticas de AM:

- A percentagem de partos pré-termo (10,5%) é significativa;
- Primeiro filho (52,7%);
- Parto por Cesariana (não permite/diminui o usufruto dos benefícios bem documentados, do contacto pele-a-pele e amamentação na primeira meia hora de vida);
- Não frequência de Curso de PPN;
- O internamento de puerpério atualmente dirigido a 48h-72h pós-parto;
- Introdução de chupeta no RN durante a estadia no Hospital;
- A precocidade de introdução da fórmula infantil (antes dos seis meses);
- As razões apontadas mais frequentemente para a introdução de fórmula infantil;
- Os alimentos sólidos introduzidos antes dos 6 meses de vida.

Posto isto, facilmente se identifica a necessidade de intervenção para melhorar as taxas de início e duração do AM, conforme as recomendações da WHO (2001), e assim corrigir práticas potencialmente desencorajadoras da amamentação.



### 3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

Num primeiro ensaio, foi realizada uma pesquisa no Site da OMS ([http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/mdg4/prevention/atlas.html?indicato r=i0&date=2000-2009](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg4/prevention/atlas.html?indicato r=i0&date=2000-2009)) com a intenção de observar a representação de Portugal no mundo quanto ao AM. Não se encontraram registos do nosso país conforme documenta a Figura 35:

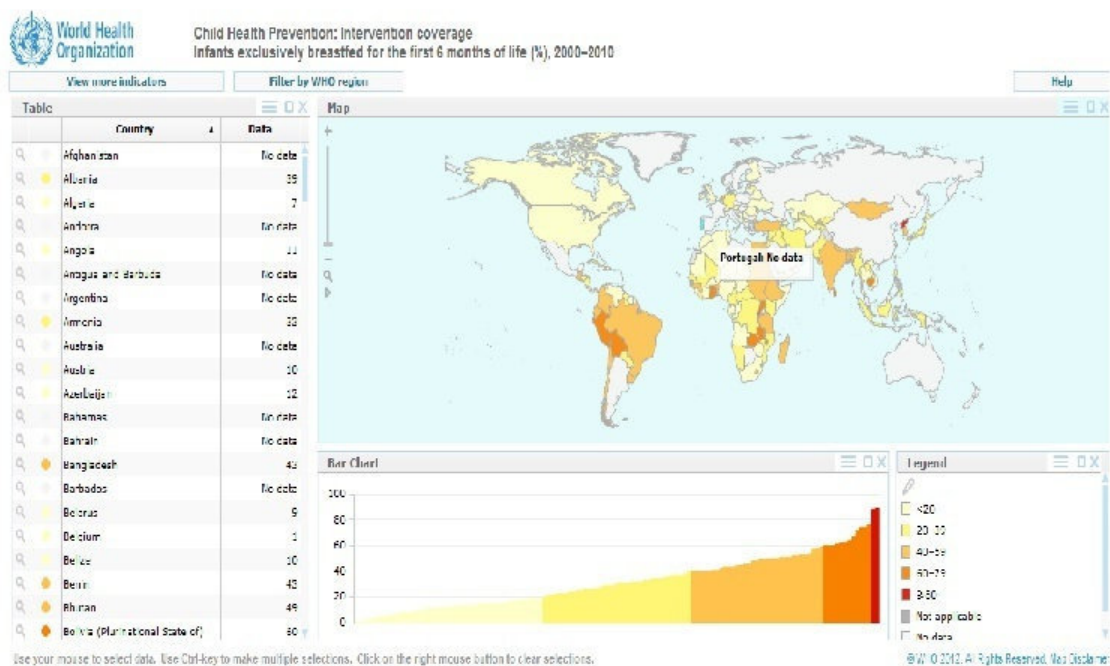


Figura 35. Figura ilustrativa do site da OMS

Seguiu-se para a pesquisa bibliográfica. Os passos da pesquisa realizaram-se de acordo com 1) o idioma (i.e. Português e Inglês), 2) a acessibilidade a fontes (i.e. via Ordem dos Enfermeiros, Via ESESJD-UE, via motor de busca Google Scholar em acesso publico-livre, recuperação de trabalho realizado no Estágio II e ainda artigos fornecidos por orientadora. Os passos e respetivos achados encontram-se no Apêndice G. A ideia fundamental era encontrar evidência sobre o efeito da adesão institucional dos Serviços de Saúde Materna às práticas de promoção, proteção e apoio ao AM no que respeita às taxas de incidência e prevalência do AM.

Não foram encontrados estudos sobre os efeitos da IHAB em Portugal mas, no estrangeiro, têm sido realizados diversos estudos sobre a influência da IHAB nas taxas de AM. Os estudos mais significativos foram consultados e utilizados para fundamentação teórica neste relatório. O resumo detalhado pode ser consultado no Apêndice H.

Na generalidade estes estudos revelam:

- As taxas de AME aumentaram após a implementação da iniciativa HAB;
- Nascer num hospital credenciado, aumenta a hipótese de começar a ser amamentado mais cedo e do AM se manter no tempo;
- O modelo de Formação de, pelo menos 20 Horas, incluindo aulas práticas e competências de aconselhamento é eficaz na mudança de práticas hospitalares, no que respeita aos conhecimentos dos profissionais de saúde e às taxas de AM;
- A implementação da IHAB, de forma isolada é incapaz de ser efetiva na extensão da duração do aleitamento materno se a esta não for associado um sistema de apoio após a alta;
- Nascer em hospitais que não adotam o programa da IHAC aparece associado a um maior risco de não ser dado incentivo às mães para o AM, dos bebés não mamarem dentro da primeira hora de vida e receberem chupeta e/ou chá durante o internamento;
- As crianças que mamam na primeira hora de vida apresentam maior probabilidade de estar em AME entre 2 a 4 semanas pós-parto; facto associado como mais provável entre mulheres que tiveram partos vaginais, em comparação com aquelas que foram submetidas a Cesariana.

#### 3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Como população alvo do projeto foram incluídos todos os enfermeiros que prestam cuidados a grávidas e mães com bebés como sejam o Serviço de Ginecologia/Obstetrícia/Bloco de Partos, Pediatria-Internamento, Urgência Pediátrica, Neonatologia, Consulta Externa e Bloco Operatório (incluídos considerando que prestam cuidados às mulheres submetidas a cesariana eletiva/urgente/emergente). A amostra em estudo coincidiu praticamente com a população, tendo sido excluídos do estudo apenas os enfermeiros que não se encontravam a exercer funções no período de recolha dos dados (licença de maternidade ou atestado por doença).

Relativamente à caracterização da população-alvo da intervenção profissional decorrente do projeto de estágio, foram aplicados 150 questionários os enfermeiros dos serviços acima descritos e os resultados dos mesmos analisados através do programa SPSS versão 20. A sua aplicação ocorreu entre 28 de Março e 3 de Maio de 2012

(Apêndice I). Os questionários foram entregues aos enfermeiros responsáveis/chefes dos serviços, dentro de um envelope com documento de apresentação e deixada uma caixa selada para depositar os questionários. Com os questionários aplicados no segundo tempo (Apêndice I), procedeu-se de forma semelhante, tendo o preenchimento dos mesmos decorrido entre 9 de Outubro e 31 de Janeiro de 2013 (data limite).

Não constituindo população-alvo direta neste Relatório, para um melhor conhecimento da situação das práticas de AM, foi considerada a população de utentes do HESE-EPE, conforme em secção acima se descreveu.

## 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Conforme Durán (sd:114) Objetivo “é o que se deseja alcançar de um modo concreto, no tempo e no espaço e envolve a descrição concreta do esforço e dos meios necessários para o alcançar” Os objetivos constituem orientações que clarificam os resultados esperados, nomeadamente nos possíveis ganhos ou benefícios.

Considera-se importante investir em projetos relacionados com a saúde e concretamente no atual, já que oferece ganhos em saúde e redução de gastos pela via de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Por outro lado concedeu a oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional sobre o tema, de criar um serviço com interesse público que captará a confiança da população nos cuidados oferecidos pela instituição de origem da sua criação. A implementação sistemática dos 10 Passos para o Sucesso do AM acrescenta qualidade de vida e saúde a curto, médio e longo prazo. Proceder-se-á seguidamente à descrição reflexiva dos objetivos traçados na elaboração do projeto de intervenção profissional.

### 4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O **objetivo geral** do projeto de intervenção profissional elaborado consistiu em “Criar condições para promover a candidatura do HESE-EPE a HAB” através da implementação dos dez passos da OMS/UNICEF para favorecer o aleitamento materno, no 2º semestre de 2012.

Seguidamente referem-se os objetivos específicos, enunciando-os com breve explicação sustentada. Como objetivos específicos foram delineados:

✓ **Criar protocolo institucional reconhecido de AM**

Os protocolos são instrumentos facilitadores da ação, já que orientam os profissionais para uma normativa a cumprir. No que diz respeito ao AM, a existência de um protocolo no HESE-EPE permite um enquadramento concetual e a identificação de um rumo uniforme. Os profissionais devem cumpri-lo na abordagem às utentes, nos episódios de Educação para a Saúde, contextualizada no tema do AM;

✓ **Promover o início precoce da amamentação nas utentes do serviço de Obstetrícia**

Planeado no projeto e que tinha como alvo de intervenções tanto a equipa de enfermagem como as utentes; não foi posto em prática por motivos adiante referidos;

✓ **Iniciar uma política promotora do aleitamento materno extensível aos funcionários do serviço de Obstetrícia**

Foi elaborada em equipa a primeira versão da política de AM do HESE-EPE, entregue ao Conselho de Administração. A política de AM constitui uma declaração de compromisso da própria instituição. Significa e exprime uma filosofia de atuação que o HESE-EPE defende e na qual está implicado, envolvendo por extensão os seus funcionários;

✓ **Criar uma equipa promotora do aleitamento materno**

Foi criado um grupo de trabalho entretanto transformado em Comité do AM do HESE-EPE. A equipa atual lidera a instalação de pacto intra e inter-profissionais que iniciaram o movimento e estão dispostos a realizar esforços para manter o AM como orientação preferencial na instituição. Futuras auditorias poderão avaliar a continuidade deste esforço;

✓ **Submeter a candidatura do HESE, EPE a HAB, solicitando auditoria externa**

Não cumprido até ao momento da entrega do Relatório. Atrasos na evolução do processo, não permitiram avançar com maior rapidez e chegar, ao final do atual processo com a garantia da submissão da candidatura.

#### 4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Com a implementação do projeto desenvolvido pretende melhorar-se a qualidade dos cuidados oferecidos à população. Atuou-se no sentido de aproximar as práticas e procedimentos do preconizado pela CNIHAB. Assim, em intenção de proximidade com a população-alvo, as enfermeiras, delinearam-se os seguintes objetivos:

✓ **Formalizar o início do Projeto**

A apresentação e declaração formal do início de um projeto é um passo necessário, já que assim, perante outros, se apresenta as diretrizes, a natureza. Além disso há oportunidade de exibir os líderes e do reconhecimento público das ideias e ideias que perfilham.

✓ **Motivar a equipa para a adesão ao projeto**

A motivação da equipa é fundamental para o sucesso de um projeto. Só integrando a ideia como sua, é possível obter desenvolvimento em favor de um plano comum. Numa instituição de saúde há relacionamentos de equipa que devem ser preservados, pois um envolvente positivo é facilitador e fator de progresso.

✓ **Integrar colegas através da recuperação de trabalho anterior**

Nas instituições de saúde há por vezes planos que não chegam a atingir o seu final. Tendo tido conhecimento de antigos projetos e normas, a ideia foi recuperá-los em favor do atual. Referimo-nos concretamente à norma de AM existente no Serviço de Obstetrícia-Ginecologia e ao Projeto pré-existente de Criação do Cantinho de Amamentação neste serviço.

✓ **Convidar à representação as várias vertentes profissionais**

Nos projetos que se reportam ao AM, o convite para a inclusão dos pares profissionais é positiva. Se pensarmos que todos os profissionais estão interessados no bem-estar dos clientes, a adesão dos vários grupos, porque passam a perfilhar intenções semelhantes, garante maior sucesso. Esta inclusão deve também ser estratégica na hierarquia, já que ao incluir dirigentes, farão replicar por exercício profissional e orientação dirigida, a atuação dos funcionários da classe a que pertencem.

✓ **Definir os papéis e as atividades**

Nas equipas a definição de papéis e distribuição de atividades é fundamental, pois a partir daí os vários elementos clarificam para si mesmos os resultados nos tempos desejados. De fato o envolvimento pode caminhar e assim a obtenção de um produto garantido.

✓ **Incentivar uma atitude protetora da amamentação/aleitamento materno**

Motivação e envolvimento das equipas da área materno-infantil. No quotidiano hospitalar os profissionais desta área são os principais agentes da mudança. Os contatos com as mães e os efeitos conseguidos estão enraizados num envolvente profissional que, ao ter atitudes protetoras face ao AM, influencia as práticas das utentes.

## 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

As intervenções constituem a evidência de desenvolvimento do Projeto, ou seja aquilo que foi efetivamente realizado durante o percurso e para sucesso dos objetivos. Na presente secção dá-se conta das intervenções, da metodologia utilizada para as atingir, dos recursos envolvidos, da análise da estratégia orçamental e do cumprimento do cronograma.

### 5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As intervenções alicerçaram-se no diagnóstico de situação referido na caracterização dos profissionais de enfermagem e das utentes; estas últimas numa perspetiva populacional e em amostra aleatória. Assim, partindo desses aspetos e no sentido de consolidar os objetivos específicos, realizaram-se várias intervenções que a seguir se descrevem através dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Com o objetivo de **Formalizar o início do Projeto** realizaram-se as seguintes intervenções:

- Pedido de Autorização para realização do projeto no HESE-EPE (Apêndice J);
- Apresentação do projeto de estágio à equipa (Apêndice K).

Com o objetivo de **Criar protocolo institucional de AM** realizaram-se as seguintes intervenções:

- Identificação dos aspetos constantes na norma antiga a necessitar de atualização/reformulação;
- Integração das colegas que tinham elaborado a versão anterior solicitando a sua colaboração nesta atividade;
- Redação da nova proposta da norma do AM em conjunto com as colegas;
- Submissão da nova proposta de Protocolo à enfermeira Responsável do Serviço de Obstetrícia e Diretor de Serviço para aprovação;
- Apresentação da nova proposta da norma de AM à equipa em contexto de formação em serviço em Maio de 2012 (Apêndice L).



A existência de protocolos é uma vantagem dada a maior difusão das atividades, normas e aconselhamento a realizar. Com o atual projeto, definiu-se uma norma para o Serviço de Obstetrícia. Em desenvolvimento posterior do atual projeto, prevê-se a construção de um protocolo inter-serviços, no sentido de melhores resultados no AM.

Com o objetivo de **Criar uma equipa promotora do aleitamento materno** realizaram-se as seguintes intervenções:

- Criação de grupo de trabalho (Mestranda no papel de enfermeira generalista, enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, Médica Interna de Obstetrícia e Ginecologia e Pediatra Neonatologista) seguindo-se a orientação de autor (González, 2004);

- Após a reunião de Dezembro de 2012 e dos contactos realizados surgiu um grupo de trabalho mais alargado 1) Médicos Especialistas e Médicos Internos de Obstetrícia-Ginecologia, 2) Médicos Especialistas e Médicos internos de Pediatria e Médicos Neonatologistas, 3) Enfermeiras Conselheiras em AM do HESE-EPE como elementos de referência e colaboradores do projeto nos setores, 4) Dois elementos de enfermagem que, embora não sejam conselheiras em AM representam e são o elemento dinamizador do projeto no setor onde exercem funções (Internamento de Pediatria) ou estão a desenvolver um projeto relacionado com a IHAB (EESMO do Serviço de Obstetrícia, mestranda na ESESJD-UÉ). Além destes existem outras classes profissionais como sejam 5) Farmacêutica, 6) Nutricionista e 7) Psicóloga;

- O grupo de trabalho, multidisciplinar e progressivamente alargado à medida que os contatos foram sendo realizados, viria a dar origem ao Comité de AM do HESE-EPE (deste Comité fazem parte, além dos citados acima, dois grupos: 1) Os Diretores de Serviço de Obstetrícia-Ginecologia, do Serviço de Pediatria, Coordenador da Unidade de Neonatologia e Coordenador do setor de RN da Obstetrícia e 2) As Enfermeiras Chefes dos Setores Materno-Infantis; estes profissionais assumem o papel de facilitadores do projeto em termos das questões logísticas e de dinâmica nos setores (Apêndice N). Foram ainda cativados outros profissionais que, não fazendo parte do Comité, tornaram-se “colaboradores” do projeto (responsável pelo Gabinete de Formação e Gabinete de Comunicação e Marketing);

- Organização de um grupo de formadores (Conselheiras em AM do Comité de AM) para realização de formação em AM;
- Realização de contatos com formadora externa, convidando-a a integrar o referido curso, na qualidade de coordenadora do primeiro e segundo cursos (Pela experiência profissional que detém e pelo fato de pertencer à CNIHAB conforme sugerido pelo Enfermeiro Diretor);
- Episódio de Formação: 1º Curso de promotores do AM do HESE-EPE (Apêndice M). Consultar também Anexo “Curso de Promotores do Aleitamento Materno no HESE-EPE”.

Com o objetivo de **Iniciar uma política promotora do aleitamento materno extensível aos funcionários do serviço de Obstetria** realizaram-se as seguintes intervenções:

- Consulta de responsáveis de outros HAB (i.e. CHBM-EPE; HSB-EPE e CHBA-EPE) e pesquisa bibliográfica, com leitura dos manuais – guia da IHAB;
- Elaboração da 1ª versão da Proposta de Política de AM do HESE-EPE pelo grupo de trabalho que inicialmente foi constituído;
- Submissão da 1ª versão da Proposta de Política de AM à Enfermeira Responsável e Diretor do Serviço de Obstetria/Ginecologia, Diretor de Serviço do Serviço de Pediatria, Coordenador da Unidade de Neonatologia e Setor de recém-nascidos do Serviço de Obstetria, os quais aprovaram o documento;
- Elaboração de Documento-Síntese (estratégias de implementação do projeto com anexo da 1ª versão da política elaborada, o poster dos 10 passos do AM elaborado o respetivo cronograma de atividades e orçamento previsto – Apêndice N), requerido pela Administração do HESE-EPE, na sequência da reunião de 4 de Dezembro de 2012, onde todos os presentes verbalizaram parecer favorável ao projeto;
- Recolha dos pareceres escritos da hierarquia, entregues junto com o documento solicitado; o documento foi aprovado (Apêndice O);
- Transformação da 1ª versão da Política de AM. Por ocasião da consulta da formadora em AM e membro da CNIHAB do CHBA, foi sugerido pela mesma a reformulação do atual documento num outro, versão reduzida;
- Redação do documento-proposta da política de AM do HESE-EPE, versão reduzida (Apêndice P); aguarda a disponibilidade do Comité para

discussão e conclusão do documento final a submeter ao Conselho de Administração do HESE-EPE para aprovação.

Com o objetivo de **Incentivar uma atitude protetora da amamentação/aleitamento materno** realizaram-se as seguintes intervenções:

- Sessão de apresentação do projeto à equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia durante o período de estágio ao qual o Projeto de intervenção e Relatório de Estágio se reporta;
- Estabelecimento de ponto de situação e esclarecimento sobre as estratégias delineadas em âmbito de reunião da equipa acima referida;
- Envolvimento das colegas que elaboraram o projeto de criação do Cantinho da Amamentação, motivando-as a reativar o projeto transmitindo a sua importância em termos de articulação com o atual projeto. Também estas colegas foram incluídas no atual projeto, como membros do Comité em AM;
- Elaboração do Poster relativo aos 10 passos da OMS/UNICEF indispensáveis para o sucesso do AM que aguarda impressão para afixação nos serviços;
- Apresentação do projeto a decorrer no hospital, iniciado pela mestrandia, ao grupo de trabalho entretanto formado, como forma de elucidar para o percurso a percorrer e realização de ponto de situação.

Com o objetivo de **Submeter a candidatura do HESE, EPE a HAB, solicitando auditoria externa** realizaram-se as seguintes intervenções:

- Reuniões com superiores hierárquicos argumentando a importância e pertinência do desenvolvimento deste projeto e os ganhos a ele associados (conforme calendário apresentado na secção 5.5 abaixo);
- Contacto com peritos no assunto, reunindo informação sobre os passos necessários. Nesse sentido, deliberou-se seguir o percurso apresentado pela CNHIAB para o efeito.

## 5.2. METODOLOGIAS

A implementação do projeto de estágio pressupunha a autorização e apoio dos superiores hierárquicos pelo que foram estabelecidos contatos com o Conselho de Administração, Diretor de Enfermagem, Diretores de Serviço e Enfermeiras Chefes dos Setores da área materno-infantil obtendo-se da sua parte parecer positivo desde o início, considerando pertinente e de interesse para o HESE-EPE. De referir que os próprios 10 passos construídos pela OMS/UNICEF para o sucesso do AM e para um Hospital ser reconhecido como “Amigo dos Bebés”, foram a metodologia subjacente, ou seja, o percurso dos 10 passos serviu de linha orientadora para a intervenção e organização do pensamento do atual Relatório. Para apresentar as metodologias, criaram-se subsecções, das quais se faz no final uma representação através de um diagrama para melhor entendimento.

### 5.2.1. Estratégias Pessoais de Desenvolvimento de Competências

O desenvolvimento para a aquisição de competências decorreu de diversas atividades de carácter intelectual, da prática clínica, de interação socioprofissional e de investigação, no sentido da aproximação às características definidas pela Ordem dos Enfermeiros quanto ao perfil do EESMOG. As estratégias foram as seguintes:

- Investimento em fontes do conhecimento
- Investimento específico na formação em AM

#### 5.2.1.1. Investimento em fontes do conhecimento

Para adquirir e desenvolver as competências de conhecimento, relacionadas com o AM investiu-se nas fontes de conhecimento realizando pesquisa bibliográfica. A pesquisa foi realizada em bases de dados recomendadas em contexto de orientação do Relatório e por iniciativa própria, recorrendo tanto ao *site* da Ordem dos Enfermeiros, como através de acessibilidade na Universidade de Évora. Estendeu-se desde a elaboração do projeto de estágio, à implementação e dirigiu-se a vários objetivos:

1) Argumentar perante os superiores hierárquicos sobre a relevância do HESE-EPE figurar como HAB;

- 2) Enriquecer conhecimentos sobre o processo de Acreditação de um Hospital;
- 3) Fundamentar em termos teórico-práticos o presente Relatório;
- 4) Identificar e seleccionar instrumentos de recolha de dados a aplicar;
- 5) Revisão de conteúdos de investigação para tratamento de dados sobre o tema;
- 6) Realizar formação creditada sobre AM;
- 7) Capacitar para ser formadora no curso de promotores em AM.

#### 5.2.1.2. Investimento na formação em aleitamento materno

No decorrer da implementação do projeto houve oportunidade de tornar-me conselheira através da frequência do Curso de Conselheiros em Amamentação com vista à aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências (i.e. Curso de conselheiros em Amamentação na Escola Superior de enfermagem de Lisboa [ESEL] com a duração de 48h promovida pela ONG SOS Amamentação em Janeiro/Fevereiro de 2012. O certificado da formação encontra-se no apêndice Q).

#### **5.2.2. Recolha de dados sobre os conhecimentos em aleitamento materno dos enfermeiros**

Para a recolha de dados sobre os conhecimentos em AM dos enfermeiros que prestam cuidados nos serviços já referidos, foi efetuada pesquisa bibliográfica, selecionado o instrumento que melhor se adaptou às necessidades de investigação diagnosticadas e solicitada autorização para a sua utilização, ao autor. Para a recolha de dados sobre os conhecimentos da população alvo, relativa ao AM, foram utilizados dois instrumentos:

##### **1) Instrumento de avaliação de conhecimentos e atitudes relativas ao AM**

Usou-se o instrumento construído por McLaughlin (2010); a autora foi contactada via correio eletrónico e após autorização concedida (Apêndice R), o instrumento foi traduzido para português e aplicado;

**2) Instrumento sobre Conservação de LM, RAM e IHAB:** construído pela mestranda e orientadora pedagógica com o objetivo de recolher informação acerca dos conhecimentos dos enfermeiros no que respeita aos assuntos mencionados, aplicado num segundo tempo já explicado em secção acima.

### **5.2.3. Recolha de dados sobre práticas de AM da população beneficiária dos cuidados que ocorrem ao HESE-EPE**

No que respeita à recolha de dados para caracterização da população beneficiária dos cuidados oferecidos nos setores já enumerados, foi construído um guião para a entrevista telefónica. Tal guião constitui a adaptação do instrumento “*Maternity Experiences Survey*” (Chalmers & Royle, 2009). Obteve-se o instrumento através da orientadora deste Relatório, que por sua vez tinha já recebido permissão para a aplicação e adaptação ao contexto cultural, conforme documenta o Apêndice S.

No grupo de participantes que constitui a amostra aleatória, foram incluídos todas aquelas mulheres que atenderam e se disponibilizaram a responder a partir do telefonema.

### **5.2.4. Formação dos profissionais de saúde da área materno infantil**

#### **a) Sessão informativa sobre as novas descobertas relativas à anatomia da mama e mecanismo de sucção do bebé**

Esta sessão foi organizada, pela mestranda, como estratégia de divulgação do projeto e sensibilização para o tema. Divulgou-se aos serviços que viriam a ser envolvidos no projeto de estágio, teve lugar no dia 8 de Fevereiro de 2012 e foi ministrada pela representante regional da MEDELA® PORTUGAL Raquel Leite (empresa de comercialização de material de apoio à amamentação sediada na Suíça, a qual apoia diversos estudos de investigação na área da saúde e concretamente, de interesse particular para este relatório, os estudos sobre a anatomia da mama e mecanismo de sucção do bebé realizados pelo Professor Peter Hartmann da Faculdade da Vida e Ciências Físicas da Austrália em 2008). A sessão foi ministrada em dois períodos do mesmo dia; cada sessão teve a duração aproximada de 2 horas e participaram 27 pessoas na primeira sessão e 12 na segunda sessão (Apêndice T).

#### **b) Primeiro Curso de Promotores do AM promovido pelo HESE-EPE**

Com o intuito de tornar possível a implementação das estratégias planeadas foi organizada, pela mestranda, formação para os colegas de profissão e outras classes (i.e. médicos da área materno-infantil). Esta formação, inicialmente pensada no formato de formação em Serviço para os diversos setores, após reuniões com superiores hierárquicos e peritos no tema, ganhou forma na realização do primeiro Curso de

promotores do AM do HESE-EPE da OMS/UNICEF (20H), o qual foi assumido pelo Diretor de Enfermagem como o formato possível em termos de investimento de recursos económicos e humanos em detrimento do curso de conselheiros em AM (40H). A este, seguir-se-ão os necessários até à formação da totalidade das equipas materno-infantis. Os próximos cursos estão já agendados para o Mês de Maio e Junho. Os elementos do Bloco Operatório serão envolvidos neste processo formativo posteriormente, conforme recomendação do Enfermeiro Diretor.

#### **5.2.5. Contributo para o Serviço**

Com a realização deste projeto foram bastantes os ganhos que se obtiveram para o serviço e instituição. Concretamente no que se refere ao Serviço de Obstetrícia/Ginecologia enumeramos os mais evidentes:

##### **a) Registo do HESE-EPE no Observatório do AM na plataforma da DGS**

Em Dezembro de 2012 recebeu-se da responsável pela plataforma RAM na DGS informação sobre o procedimento necessário a fim de encetar o envio de dados; após efetuar os procedimentos necessários, implementou-se a atividade no Serviço de Obstetrícia a 1 de Janeiro de 2013 (Apendice U). Em relação ao Serviço de Neonatologia, este não possui um registo próprio pela especificidade dos RN's que atende e na Consulta Externa não existe acompanhamento pós-parto pelo que o envio de dados para a plataforma é realizado apenas no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia.

##### **b) Dossier dedicado ao tema do AM**

Este *dossier*, que se encontra no Serviço, foi elaborado para reunir material de apoio sobre a formação realizada e informação atualizada, disponível para consulta de qualquer profissional de saúde que ali presta funções. Os restantes setores envolvidos terão também um *dossier* com este tipo de conteúdo para que qualquer profissional dos setores materno-infantis possa ter acesso ao mesmo tipo de informação e a mesma seja o mais consensual possível, daí que muitos dos documentos presentes no dossier serão idênticos.

### **c) Folheto resumo sobre AM e fontes de apoio após a alta**

No sentido de oferecer um contributo de apoio após a alta, enquanto se aguarda a implementação e início de funcionamento do Cantinho da Amamentação do Serviço de Obstetrícia-Ginecologia, foi contactada a sede da UNICEF Portugal através do Gabinete de Marketing e Comunicação a fim de serem fornecidos ao HESE-EPE exemplares do Manual de AM atualizado (Versão 2012) para distribuição no Serviço de Consulta Externa em contexto de consulta de vigilância da gravidez e nos restantes setores sempre que se considere oportuno. Concretamente no Serviço de obstetrícia-Ginecologia pretende-se que haja exemplares para fornecer às mães durante o internamento/dia da alta a servir de reforço aos ensinamentos realizados durante o internamento. Como os manuais não chegaram até à data, foi elaborado um folheto sobre aspetos importantes e recursos de apoio após a alta (contactos credíveis) a distribuir às utentes (Apêndice V).

### **d) Criação de um ícone para o *site e-lactancia* no ambiente de trabalho dos computadores do serviço de Obstetrícia**

No decorrer do Primeiro Curso de Promotores do AM, considerou-se a possibilidade de facilitar o acesso de todos os profissionais de saúde ao *site e-lactancia*, o qual consiste numa base de dados fiável em termos da utilização de medicamentos durante o período de amamentação, de fácil acesso e consulta. Embora os enfermeiros não prescrevam medicamentos, os computadores são utilizados por obstetras/ginecologistas e pediatras, pretendendo-se que seja uma forma de sensibilização para o tema. Foi solicitado ao Gabinete de Informática a criação deste ícone; recebemos informação que a tarefa tem de ser solicitada através do aplicativo informático da instituição para o efeito. Tendo em conta que essa é uma tarefa da competência da Enfermeira Responsável, aguarda-se que dê seguimento ao pedido.

### **5.2.6. Atividades de promoção da interação entre os serviços/divulgação do projeto**

No que concerne à divulgação deste projeto dentro da instituição e às atividades de promoção da interação entre setores da área materno-infantil consideramos que o maior ganho foi a criação do grupo de trabalho, transformado no Comité de AM do HESE-EPE, equipa multidisciplinar, com diversas classes profissionais envolvidas, motivadas e dispostas a trabalhar com um mesmo objetivo. Para divulgação do projeto,



além dos contatos formais e informais estabelecidos (sempre contextualizados no cerne da abordagem) contou a publicação do SPOT na intranet (à qual todos os profissionais e funcionários do HESE-EPE têm acesso) sobre os 10 passos indispensáveis para o Sucesso do AM e que informalmente teve atenção nas conversas entre profissionais. Embora remeta para a área da Obstetrícia do nosso Hospital, onde ainda não existe muita informação disponível, já captou a atenção de quem o viu. Além disso foi publicada, na mesma plataforma, uma notícia relatando o acontecimento do primeiro curso de Promotores do AM promovido pelo HESE-EPE, que constitui mais uma forma de transmissão de informação e chamada de atenção para o facto de o projeto continuar a avançar... Com pequenos passos, consideramos que se tornará uma questão do domínio público que também contribuirá, acreditamos, para maior visibilidade tanto dos Setores Materno-Infantis como da própria instituição.

Em resumo, através do diagrama abaixo, podem ser visualizadas nas diferentes atividades as metodologias aplicadas (Figura 36):

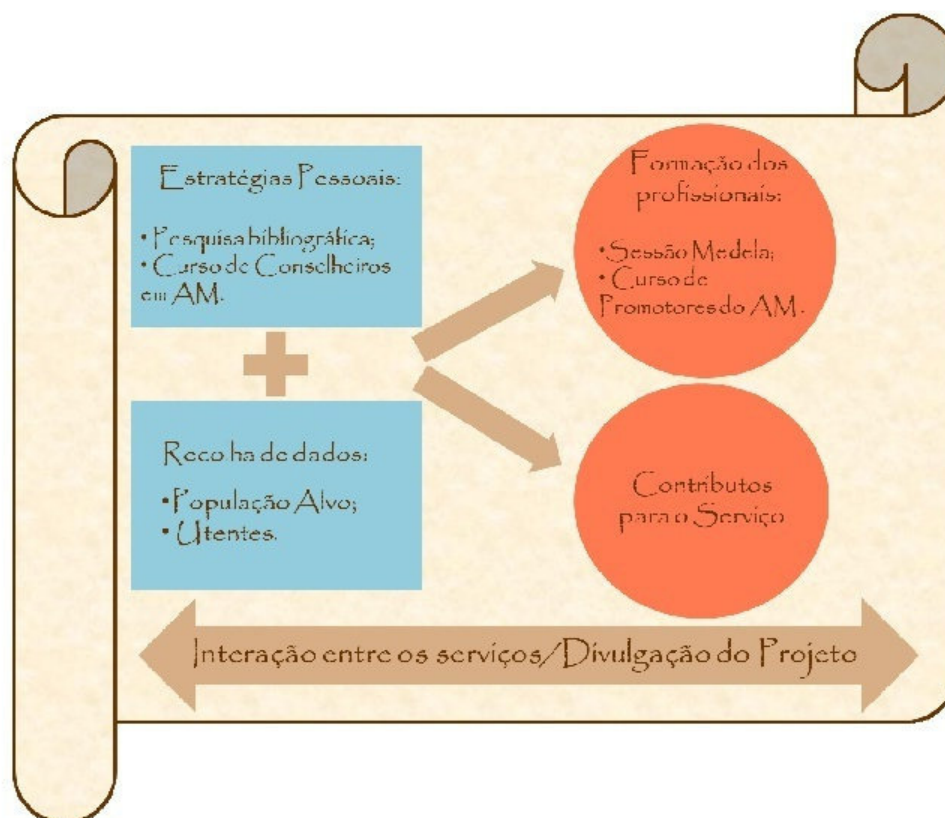


Figura 36. Esquema síntese das metodologias utilizadas

### 5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Tomando como linha orientadora do raciocínio, as fases do projeto (preparação, implementação e avaliação) consideramos que as estratégias acionadas foram adequadas.

**Preparação do Projeto** - Reuniões preparatórias com superiores hierárquicos, caracterização da população alvo e utentes na componente de investigação do projeto, reuniões de orientação pedagógica transversais a todo o processo e pesquisa bibliográfica. Estas estratégias permitiram validar o interesse do desenvolvimento deste projeto para o Serviço de Obstetrícia-Ginecologia, restantes setores materno-infantis e para a instituição.

**Implementação do Projeto** - Por meio dos objetivos delineados inicialmente, cumpridos na forma das estratégias e atividades planeadas, dos novos objetivos entretanto acrescentados, contributos oferecidos ou no estabelecimento de novas estratégias perante as dificuldades encontradas consideramos que as mesmas se revelaram adequadas. As mudanças introduzidas no percurso do caminho para chegar mais perto das condições necessárias à candidatura do HESE, EPE a “Hospital Amigo dos Bebés” foram as recomendadas pela CNIHAB.

**Avaliação do Projeto** – O percurso não está completo, muito há a fazer. Ainda assim, a equipa multidisciplinar que constitui o Comité de AM do HESE-EPE está motivada para continuar o trabalho que levará à melhoria dos cuidados oferecidos pelo Hospital aos utentes que dele usufruem e espera-se que se venha a conseguir o título de Hospital Amigo dos Bebés tão breve quanto possível.

### 5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

- **Recursos Materiais**

Foram utilizados na implementação do projeto e na realização do presente relatório recursos materiais em espaços e equipamentos.

**Recursos materiais em espaços:** Salas de reunião e espaço físico do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, Salas de formação e Biblioteca do HESE-EPE;

**Recursos materiais em equipamentos:** Computador próprio, *data show* do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia e do HES-EPE, papel, tinteiros e impressora, linha

telefónica do HESE-EPE, folhetos de divulgação, fichas de inscrição e material de apoio fornecido aos formandos para o Curso de Promotores do AM.

- **Recursos Humanos**

Como recursos humanos foram envolvidos no projeto utentes/clientes e agentes de saúde externos e internos, nomeadamente colaboradores de outras instituições e funcionários do HESE-EPE, em diferentes níveis na hierarquia e papéis institucionais. Pode ver-se esquematicamente na figura 37:

<b>Utentes/Clientes</b>	Utentes do HESE-EPE que aceitaram responder ao questionário telefónico		
<b>Agentes Externos</b>	Responsável pelo Registo do Aleitamento Materno na DGS		
	Formadora em AM e membro da CNIHAB		
<b>Agentes Internos</b>	<b>Dirigentes</b>	Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetria do Hospital de São Bernardo em Setúbal	
		Presidente do Conselho de Administração	
		Diretores de Serviço de Obstetria-Ginecologia e do Serviço de Pediatria	
		Médicos Responsáveis pela Unidade de Neonatologia e pelo setor de recém-nascidos do Serviço de Obstetria	
		Enfermeiro Diretor	
	Enfermeiras Chefes dos serviços Materno-Infantis e Bloco Operatório		
	<b>Executores de campo clínico</b>	Médicas Especialistas e Médicas Internas de Obstetria-Ginecologia, do Serviço de Pediatria e do Serviço de Consulta Externa de Pediatria	
		Enfermeiras Conselheiras em AM do HESE-EPE	
		Equipa de enfermagem dos Setores envolvidos	
		Funcionários do Gabinete de Comunicação e Marketing e do Gabinete de Formação	
Farmacêutica			
Nutricionista			
Psicóloga			

*Figura 37.* Esquema ilustrativo dos recursos humanos envolvidos

## 5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Neste ponto apresentamos sucintamente os contatos desenvolvidos e as entidades envolvidas no projeto de estágio (figura 38).

Mês/Ano	Dia	Acontecimento
<b>Novembro 2011</b>		1ª Reunião com a Enfermeira Responsável do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Validar a pertinência do projeto;</li> </ul>
<b>Mai 2012</b>		Reunião com o Enfermeiro Diretor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dar conhecimento dos objetivos do projeto;</li> </ul> Reunião com a Presidente do Conselho de Administração, após autorização do projeto: <ul style="list-style-type: none"> <li>Discutir a operacionalização do Projeto no envolvente hospitalar;</li> </ul> Reuniões com os diretores do Serviço de Pediatria, Neonatologia e Obstetrícia/Ginecologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dar conhecimento do projeto de Estágio em desenvolvimento</li> <li>Solicitar a indicação dos colaboradores na implementação do projeto;</li> </ul> Contatos com os profissionais em causa; Reuniões informais com enfermeira responsável do Serviço de Obstetrícia-Ginecologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ponto de situação do desenvolvimento do projeto de Estágio;</li> </ul>
<b>Setembro 2012</b>	<b>29</b>	Primeira reunião do grupo de trabalho (Mestranda no papel de enfermeira generalista, enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, Médica Interna de Obstetrícia e Ginecologia e Pediatra Neonatologista);
<b>Outubro 2012</b>	<b>26</b>	Agendada reunião multidisciplinar com a Sra. Presidente do Conselho de Administração, desmarcada pela Sra. Presidente e remarcada para o dia 27 de Novembro. A mesma foi novamente adiada por ausência do Sr. Enfermeiro Diretor e remarcada para o dia 04 de Dezembro;
<b>Dezembro 2012</b>	<b>4</b>	Reunião com a Sra. Presidente do Conselho de Administração: <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentes: Diretor do Serviço de Pediatria, o Diretor do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, Enfermeira Responsável do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, Responsável do Sector de Recém-nascidos do Serviço de Obstetrícia, Responsável pela Unidade de Neonatologia, Enfermeiro Diretor e o grupo de trabalho inicial do projeto;</li> </ul> Contatos com as enfermeiras chefes dos Serviços: <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar a indicação da pessoa de referência a ser dinamizador do projeto no serviço</li> </ul> Corpo médico: a Neonatologista do grupo de trabalho solicitou a indicação de pessoas de referência junto do Diretor de Serviço de Pediatria;
	<b>5</b>	Reunião do grupo de trabalho: <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboração dos documentos solicitados;</li> </ul> Contato com a enfermeira chefe do Serviço de Obstetrícia/ Ginecologia do Hospital de São Bernardo (Setúbal): <ul style="list-style-type: none"> <li>Esclarecimento acerca do processo de Candidatura a HAB;</li> </ul> Reunião informal com pessoa de referência do <b>Bloco operatório e da Consulta Externa</b> ;
	<b>6</b>	Recolha de parecer escrito junto dos elementos participantes da reunião do dia 4 e entregue com o documento solicitado pela Administração no serviço de Expediente;
	<b>7</b>	Aprovação oficial do documento, à exceção do orçamento apresentado;
	<b>8</b>	Reunião informal com parceiros nos setores: <b>Neonatologia, Urgência Pediátrica e Pediatria – Internamento</b> ;
<b>Dezembro 2012</b>	<b>21</b>	Reunião com a responsável do Gabinete de Marketing: <ul style="list-style-type: none"> <li>Agendamento das atividades relacionadas com o projeto nomeadamente (divulgação, afixação dos <i>posters</i> de informação);</li> </ul>

Mês/Ano	Dia	Acontecimento (continuação)
<b>21 de Dezembro de 2012 a 03 de Janeiro de 2013</b>		Elaboração conjunta do programa de formação às equipas diretamente envolvidas com a colaboração dos elementos dinamizadores dos setores. Este programa não chegou a ser utilizado visto que a estratégia foi alterada;
<b>Dezembro 2012</b>	<b>30</b>	Contacto com a enfermeira chefe do Serviço de Ginecologia do CHBA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolha de informação acerca da acreditação dos HAB;</li> </ul>
<b>Janeiro 2013</b>	<b>1</b>	Lançamento na intranet do Spot de divulgação do projeto na forma do Poster dos 10 passos indispensáveis para o Sucesso do AM da OMS/UNICEF elaborado;
	<b>7</b>	Primeira Reunião, do Grupo de Trabalho mais alargado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação formal do projeto;</li> <li>• Ponto de situação/planeamento de estratégias de implementação.</li> </ul>
	<b>11</b>	Contato com a formadora em AM do CHBA para esclarecimento de dúvidas;
<b>Fevereiro 2013</b>	<b>8</b>	Reunião com o enfermeiro Diretor <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponto de situação. Na reunião estiveram presentes a enfermeira responsável do Serviço de Obstetrícia/ Ginecologia, a mestrande e a enfermeira especialista em SMO que faz parte do grupo de trabalho.</li> <li>• Planeamento do processo de formação da equipa de enfermagem e reabilitação do Projeto de Criação de um Cantinho de Amamentação;</li> </ul>
	<b>21</b>	Reunião de equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisão: Curso de Promotores em AM, com a coordenação da Formadora em AM do CHBA;</li> </ul>
	<b>25</b>	Reunião com a Enfermeira Responsável e conselheiras em AM do Serviço de Obstetrícia do HESE-EPE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização do Curso de Promotores do AM;</li> </ul>
<b>Fevereiro 2013</b>	<b>26</b>	Contacto telefónico informal com a formadora em AM do CHBA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcação de Reunião com o Grupo de Trabalho (Conselheiras em AM do Serviço de Obstetrícia) para dia 8 de Março;</li> </ul>
<b>Março 2013</b>	<b>8</b>	Reunião das conselheiras em AM do serviço de Obstetrícia com a formadora em AM do CHBA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas sobre a organização do processo de formação;</li> <li>• Marcação do primeiro curso de promotores do AM para os dias 15, 16 e 17 de Abril de 2013 ministrado pela mesma com a colaboração das Conselheiras em AM do HESE-EPE;</li> </ul>
	<b>12</b>	Reunião com o grupo de trabalho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponto de situação;</li> <li>• Formação do Comité de AM do HESE-EPE. O Diretor de Serviço de Pediatria, convidado a presenciar e facilitar a escolha do Coordenador do Comité de AM do HESE-EPE, faltou por motivos pessoais bem como outros profissionais. No entanto foi unânime, entre os presentes, a pertinência de um Pediatra ocupar o lugar de Coordenador do Comité. Assim, aguardou-se a sua nomeação pelo Diretor de Serviço de Pediatria para proceder à oficialização do processo;</li> <li>• Discussão de estratégias de divulgação do projeto e atividades a realizar;</li> <li>• Solicitado ao Gabinete de Marketing e Comunicação do HESE-EPE a construção de uma plataforma interna de trabalho para o Comité de AM;</li> <li>• Solicitado à responsável do Gabinete de Marketing a formalização do pedido de manuais do AM à Unicef Portugal;</li> </ul>
	<b>22</b>	Elaboração do documento oficial para proposta de constituição do Comité de AM do HESE-EPE;

Mês/Ano	Dia	Acontecimento (continuação)
Março 2013	25	Contato telefónico com a Formadora em AM do CHBA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas relativas ao Curso de Promotores do AM;</li> </ul>
	26	Recolha das assinaturas dos chefes/Diretores dos Setores da área Materno-Infantil do HESE-EPE; Entrega do documento de proposta de constituição do Comité de AM do HESE-EPE no serviço de expediente. Aguarda-se receção do documento validado pelo Conselho de Administração;
Abril 2013	2 e 8	Reunião informal com a Responsável do Gabinete de Formação, acerca da logística para o primeiro Curso de promotores do AM do HESE-EPE;
	15,16 e 17	1º Curso de Promotores do AM do HESE-EPE
	24	Tentativa de marcação de reunião para elaboração da nova versão da política do AM do HESE-EPE. Até à data de entrega do Relatório não foi possível concretizar a reunião.

Figura 38. Apresentação Esquemática dos Contactos Desenvolvidos/Entidades envolvidas

#### Outros contactos:

✓ **Contato com Fotógrafo.** O *poster* de divulgação dos 10 passos para o Sucesso do AM da OMS/UNICEF elaborado, possui uma fotografia da autoria do fotógrafo José Cruz, vencedora do prémio da Federação Europeia de Fotógrafos em 2012 e que, após contacto, foi gentilmente cedida pelo autor para ser a imagem do Projeto (Apêndice W);

✓ **Contato com Ilustradora Profissional.** A formadora em AM do HESE-EPE contactou uma ilustradora profissional que gentilmente, a título gratuito, se disponibilizou a elaborar um logotipo para o projeto. Aguarda-se a chegada;

#### ✓ **Contatos para seleção de vagas para o Curso de Promotores do AM.**

Por indicação do Sr. Enfermeiro Diretor o primeiro curso deu prioridade:

○ 1) Às enfermeiras chefes dos setores envolvidos, 2) enfermeiras do Serviço de Obstetria e 3) aos elementos de referência (colaboradores do projeto);

○ As restantes vagas destinaram-se a membros do Comité de AM do HESE interessados em realizar o curso como sejam médicos especialistas/internos de Pediatria e Obstetria/Ginecologia (4 vagas que não foram preenchidas);

○ Três enfermeiras do Hospital de Benguela (Angola), a realizar estágio profissional ao abrigo de um protocolo entre o Hospital de Benguela e o

HESE-EPE, nomeadamente a Enfermeira Diretora, a Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria e Enfermeira Chefe da Obstetrícia, que mostraram interesse em frequentar o curso. Tendo havido vagas, foram-lhes concedidas.

No curso acabaram por estar presentes 20 formandos, apenas enfermeiros, sendo os acima descritos e outros elementos das equipas envolvidas por uma questão de disponibilidade de Serviços.

## 5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Pode considerar-se neste ponto os gastos 1) a cargo da mestranda e 2) a cargo da instituição.

**Gastos a cargo da mestranda:** Material em suporte papel para leitura; exemplares de questionários em formato papel para os profissionais, pesquisa nas bases de dados *online*, contactos telefónicos necessários e deslocações ao HESE-EPE sempre que foi necessário para reuniões com os responsáveis dos serviços, superiores hierárquicos, colegas de profissão e colaboradores do projeto.

**Gastos a cargo da Instituição:** Enuncia-se seguidamente a lista:

- a) Não são possíveis de calcular mas reconhecem-se os relacionados com a autorização para fazer uso da linha telefónica do HESE-EPE (Apêndice O) nos inquéritos às utentes que constituíram a amostra em estudo;
- b) Produção de *posters* de divulgação dos 10 passos, folhetos de divulgação da formação, folhetos a distribuir às utentes, reprodução de material de apoio à formação;
- c) Empréstimo de recursos audiovisuais para a formação dos profissionais de saúde e funcionários do HESE-EPE;
- d) Pagamento da formadora externa, nos dois primeiros cursos de promotores do AM da OMS/UNICEF, bem como a dispensa de serviço, contemplada em horário, para formadores e formandos;
- e) Prevêm-se ainda gastos com compra de leites de fórmula (deixando a instituição de receber fórmulas infantis a preço simbólico, periodicamente fornecidas pelos diversos laboratórios até ao momento);
- f) Copinhos para administração de suplementos;

- g) Material para extração de LM e equipamentos próprios, entre outros que eventualmente surgirão necessários.

O material para equipar o Cantinho da Amamentação foi oferecido por uma empresa de venda/aluguer de material técnico de apoio à amamentação e administração de LM extraído da mama não exigindo gastos por parte da instituição; no entanto concedeu o espaço físico para o efeito (realça-se que este projeto apenas pretende dar contributos para a reanimação do projeto de criação do Cantinho de Amamentação, não se considerando incluído neste orçamento).

#### 5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O Cronograma inicialmente traçado no projeto de estágio não foi cumprido na sua totalidade devido a razões de ordem pessoal que provocaram um adiamento do mesmo e também devido a outras razões burocráticas da própria instituição. No entanto, todos os colaboradores se encontram atualmente disponíveis, motivados e interessados em levar a cabo este projeto e note-se que a própria instituição se apresenta atualmente muito interessada em facilitar a implementação do mesmo.



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

De acordo com o dicionário da língua portuguesa online, avaliação é o “*ato de avaliar; estabelecimento do valor de algo; apreciação da competência ou o progresso de um aluno ou de um profissional*” e, segundo a mesma fonte, a reflexão é “*ato ou efeito de refletir; retorno do pensamento sobre si mesmo, com vista a examinar mais profundamente uma ideia, uma situação ou um problema*”. Neste capítulo procuramos analisar e refletir sobre as estratégias por nós utilizadas, durante as fases do projeto, com vista a alcançar os objetivos delineados inicialmente.

### 6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Relativamente aos objetivos traçados no projeto de estágio (Apêndice Y), os mesmos foram cumpridos na sua maioria. Os aspetos que não foram cumpridos, deveram-se a constrangimentos vários, bem como a falta de tempo, no sentido em que o processo foi mais demorado que o previsto e não foi possível garantir o cumprimento de todos os objetivos à data de entrega deste relatório. Resumidamente:

1) A norma de AM do Serviço existente no Serviço de Obstetrícia-Ginecologia foi atualizada e aperfeiçoada embora não se encontre ainda em vigor pelo facto de conter aspetos que só podem ser postos em prática por toda a equipa após formação de todos os elementos;

2) Foi elaborada a primeira versão da política hospitalar de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a ser implementada pelos profissionais de saúde que atendem mulheres, grávidas e mães com filhos em idade lactante;

3) Foi criada uma equipa promotora do AM no Serviço de Obstetrícia, integrada na equipa multidisciplinar que forma o Comité de AM do HESE-EPE. O ponto deste objetivo que, no projeto, se dirigia à população de utentes do HESE-EPE no contexto do mesmo não foi colocado em prática pois as intervenções careciam de formação dos profissionais a qual só em Abril começou a ser realizada;

4) Através das intervenções já descritas e da formação realizada até ao momento foi possível incentivar junto dos profissionais uma atitude promotora do AM;

5) Relativamente ao objetivo “Promover o início precoce da amamentação nas utentes do serviço de Obstetrícia” planeado no projeto e que tinha como alvo de intervenções tanto a equipa de enfermagem como as utentes deste serviço, também não foi posto ainda em prática pelos motivos acima referidos;

6) Ainda não foi possível submeter a candidatura do HESE, EPE a HAB, solicitando auditoria externa, pelas razões já enunciadas ao longo deste relatório mas espera-se que aconteça num futuro próximo. Ainda assim, podemos considerar que o Registo de Intenção se encontra entregue na CNIHAB, por meio do ponto de situação enviado por correio eletrónico à Unicef Portugal (Apêndice Z), conforme recomendado pela formadora em AM e Membro da CNHIAB e que verbalizou recentemente o agrado com que a notícia foi recebida na UNICEF bem como o agendamento de uma resposta dirigida ao Conselho de Administração do HESE-EPE a curto prazo.

Tal como já foi referido anteriormente, até à data de início do atual relatório, o HESE-EPE não enviava dados para a plataforma “Registo do Aleitamento Materno” da DGS. Como tal esse objetivo foi acrescentado na intervenção e já cumprido.

## 6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Consideramos que apesar das limitações apontadas ao longo do Relatório, foi conseguido um importante trabalho de preparação a servir de alicerce para a continuidade do projeto, que acreditamos levar à futura acreditação do HESE-EPE como Hospital Amigo dos Bebés. Resumidamente salienta-se:

- ✓ Um resumo da política hospitalar, assim que estiver elaborada e aprovada deverá ser transformado num *poster* para ser afixado em todos os serviços e locais de acesso de grávidas, mães e famílias com bebés latentes;
- ✓ O processo de formação das equipas já foi iniciado e posteriormente será ministrada formação a outros funcionários dos setores materno-infantis (administrativos e assistentes operacionais) adequada à classe profissional;
- ✓ Serão realizadas atividades informativas acessíveis a todos os colaboradores do hospital como forma de divulgar a iniciativa e o percurso de Acreditação do hospital;
- ✓ Registo de Intenção à CNIHAB – Considera-se já realizado pelo exposto no ponto anterior;

✓ Após receção de resposta por parte da entidade referida, o hospital preencherá um questionário de autoavaliação e receberá uma equipa de avaliadores no intuito de facilitar a identificação das alterações necessárias;

✓ Terminado esse trabalho, conjunto, o HESE-EPE submeter-se-á ao processo oficial de Candidatura do Hospital com vista à acreditação como HAB.

### 6.2.1. Contributos paralelos ao atual projeto

No evoluir deste Projeto foram-se encontrando outros desenvolvimentos, que não sendo da nossa intervenção direta, têm porventura efeitos de potencialização de ambos, em sentido positivo. Refira-se então seguidamente o reavivar da proposta de um 1) Cantinho de Amamentação e 2) Norma de Atuação em situação de Hipoglicemia do RN.

**Cantinho de Amamentação** - A associação do atual projeto a um Cantinho da Amamentação é importante, já que após a alta, as utentes podem receber uma referência para apoio à manutenção e resolução de problemas relacionados com a amamentação. Considera-se assim que nesse sentido, já se deu avanço para atingir o 10º Passo da IHAB (i.e. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade).

Não existe no HESE-EPE nem lhe está associado nenhum Cantinho de Amamentação. Contudo o atual projeto ofereceu contributos para a reanimação de uma proposta de projeto colocada à hierarquia, pelas 6 Enfermeiras do Serviço de Obstetria na sequência da sua formação no Curso de Conselheiros em AM (2010). De facto, foi após uma reunião com a hierarquia de Enfermagem, que na argumentação sobre a importância do HESE-EPE se tornar *Baby-Friendly*, que se reavivou a memória do Cantinho da Amamentação e foi proposto às enfermeiras responsáveis pelo projeto anterior, a sua reformulação. Por razões ditas orçamentais, não tinha sido implementado. Seguiu-se a entrega da nova versão à Direção de Enfermagem para deliberação em Conselho de Administração, tendo sido aceite. O gabinete de marketing do HESE-EPE está a tratar das questões orçamentais e remodelação do espaço físico para o efeito; através de contato com a representante regional da MEDELA®, já se obteve o material necessário. O Horário de funcionamento, natureza e origem dos

profissionais a prestar cuidados de aconselhamento em AM no cantinho e outros aspetos práticos estão atualmente em estudo.

**Norma de Atuação em situação de Hipoglicemia do RN** - Durante a implementação do projeto de estágio foi identificada a existência de discrepâncias entre os vários profissionais de saúde, quanto aos valores de glicémia e/ou outros sinais do RN, a partir dos quais o AM é preterido em favor da fórmula, pelo que foi construído um protocolo de atuação pela médica Neonatologista e uma das médicas internas de pediatria que integram o projeto. O protocolo encontra-se em fase de aprovação.

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

O projeto inicial não foi alterado ao longo deste tempo, ainda que tenha havido objetivos que não foram implementados e como tal também não foi possível realizar a respetiva avaliação. O não atingir dos objetivos na sua totalidade esteve relacionado com questões de logística institucional alheias ao alcance de intervenção da mestrand. De fato as respostas, por parte da hierarquia foram demoradas assim como o percurso do Projeto pelas várias instâncias.

Em relação às estratégias delineadas para a implementação do projeto e para atingir os objetivos, algumas foram repensadas e alteradas de forma que o impedimento de realizar a estratégia inicial não influenciasse o resultado final. É exemplo:

- ✓ A impossibilidade de implementação de mudanças nos procedimentos/normas de Serviço tendo em conta que o processo de formação dos profissionais teve o seu início muito depois do planeado, após muitos avanços, recuos e mudanças de estratégia consequentes aos contactos com peritos no tema, motivos de organização institucional e constrangimentos vários que atrasaram este processo;

- ✓ Envio de dados para a plataforma de Registo do Aleitamento Materno, pois quando o projeto foi delineado, este objetivo não tinha sido contemplado. No entanto, durante a pesquisa bibliográfica necessária ao desenvolvimento e implementação do projeto percebeu-se que o HESE-EPE não produzia este tipo de dados e incluiu-se como novo objetivo.

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

O tema do atual projeto exigiu grande investimento pessoal. Muitos foram os conhecimentos adquiridos e/ou aprofundados para o desenvolver com qualidade e os contributos para o crescimento profissional. Relativamente às principais competências adquiridas tecemos as seguintes considerações:

- ✓ Competências como EESMOG – Atingidas as competências gerais de EESMOG no geral e em particular as que se relacionam com o tema do AM (Ordem dos Enfermeiros, 2011);
- ✓ Competências de Interação socio-organizacional em meio laboral – Por meio dos necessários contatos com a hierarquia do HESE-EPE, organizações nacionais (i.e. MamaMater) e figuras estrangeiras que realizam pesquisas na temática do AM;
- ✓ Competências de aconselhamento em AM – Para tal, foi determinante o investimento económico e pessoal na frequência do Curso de Conselheiros em AM pelos conhecimentos e competências de aconselhamento adquiridos quer em relação aos conhecimentos relativos à amamentação quer ao processo de Acreditação de um Hospital como “Amigo dos Bebés”;
- ✓ Competência/atribuição do papel de responsável institucional pelo Registo do AM - muito significativa na carreira como EESMO; tal teve influência institucional sobremaneira, pois o HESE-EPE iniciou o envio de dados sobre a prática do AM para a plataforma nacional “Observatório do Aleitamento Materno” criado pela DGS/MamaMater, aspeto ausente até à data;
- ✓ Competências relativas ao domínio da matéria, métodos de pesquisa em Bases de Dados Científicas;
- ✓ Competências no que respeita a metodologias de investigação e tratamento de dados quantitativos no aplicativo SPSS® versão 20;
- ✓ Competências em termos de organização de atividades formativas (Sessão Informativa das novas descobertas relativas à anatomia da mama, mecanismo de sucção do RN e Curso de Promotores do AM);

✓ Competências de comunicação no âmbito da Educação em Serviço, dados os episódios de preleção em atividades formativas e através do investimento pessoal na preparação do curso;

O contacto com a EESMO formadora em AM do CHBA foi bastante enriquecedor por se tratar de uma perita no tema com dom da palavra e capacidade de captar a atenção dos formandos. Considero que apesar de preletora, também eu aprofundi e aperfeiçoei conhecimentos nos três dias de curso.

Lamentamos não poder, à data do encerramento deste Relatório, alongar a descrição de bens produzidos com este Projeto. Necessariamente a nível pessoal tivemos que aprender a gerir algum desapontamento, por não ter conseguido atingir todos os objetivos e não ter já, o processo oficial de Candidatura do Hospital a decorrer, por razões que nem sempre dependeram do nosso trabalho e investimento.

## 8. CONCLUSÃO

No momento da admissão no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia não tinha identificado o tema sobre o qual iria incidir o Projeto de Intervenção profissional. Durante a componente teórica do mestrado o AM despertou o meu interesse, necessidade de aprofundar conhecimentos e competências no aconselhamento e apoio/ajuda às grávidas, mães e bebés, alvo dos meus cuidados.

Por outro lado, concretamente no Serviço onde exerço funções e em que realizei o estágio ao qual o projeto se refere, identificou-se a possibilidade de oferecer um contributo positivo para elevar a qualidade dos cuidados. No intuito de construir um projeto consistente, duradouro e com resultados positivos optámos por não o limitar ao Serviço de Obstetrícia-Ginecologia mas sim desenvolver um projeto transversal aos Serviços/profissionais da Área Materno-Infantil.

A análise dos dados mostrou que os enfermeiros que atendem mulheres, grávidas e mães e bebés em idade lactante revelam um conhecimento mediano sobre o AM. Quanto às atitudes, avaliadas através da escala de autor, revelou-se que a sua postura é menos pró-ativa do que o desejável e que uma percentagem reduzida dos enfermeiros terão realizado formação específica sobre AM, benéfica para elevar a qualidade dos cuidados que prestam. Como serviço onde se começam a pôr em prática as convicções e conhecimentos adquiridos durante a preparação para o nascimento, o Serviço de Obstetrícia assume um papel preponderante na promoção, proteção e apoio ao AM. No entanto, além dos Cursos de PPN ainda não se realizarem no HESE-EPE, a mulher/família pode precisar frequentar outros serviços da área Materno-Infantil. Como tal uniformizar os cuidados prestados faz todo o sentido para que a mulher receba a mesma informação, correta e atualizada. Nesta perspetiva, mesmo que se caminhe por vários circuitos, é possível chegar ao mesmo destino.

Da análise efetuada à população beneficiária da implementação do projeto, percebe-se que uma elevada percentagem de mães pretendem amamentar os seus filhos, saem da maternidade a amamentar muitas vezes em regime de amamentação exclusiva mas a introdução dos suplementos de leite artificial e/ou desmame é muito precoce. Algumas mulheres descreveram a carência de apoio e ensino consensual por parte dos profissionais (médicos obstetras/ pediatras e enfermeiros) durante a sua estadia na maternidade recebendo por vezes informação contraditória. Apontam como a principal

causa de desmame precoce a baixa produção de LM, a falta de apoio dos profissionais e/ou família, a recusa do bebé em mamar ou a incapacidade para satisfazer as suas necessidades nutricionais apenas com LM. Referem o desconhecimento de locais de apoio após a alta recorrendo quase sempre à farmácia ou médico assistente com a consequente introdução do leite artificial muito antes do recomendado pela OMS (6 meses).

A formação sobre AM nos profissionais da área é algo que se continuará a desenvolver, por meio dos Cursos de Promotores do AM. Outros grupos-alvo de funcionários da área Materno-Infantil do HESE-EPE serão incluídos nas intervenções através da formação adequada à classe e funções desempenhadas. De facto, a IHAB pressupõe que todos os funcionários e colaboradores do HESE-EPE, desde os cargos de Gestão aos Assistentes Operacionais, tenham conhecimento do projeto.

Perante o exposto acima, considera-se que a pertinência de implementação do projeto se justifica por si mesma face aos resultados encontrados. Espera-se que o investimento atual seja reconhecido, valorizado e continuado com o apoio dos órgãos de gestão do Hospital. A continuidade desta linha de cuidados é desejável na ligação aos centros de saúde e universidade. Com a finalidade de futura articulação do HESE-EPE com os CSP no sentido das utentes que provêm da área de referência do hospital, mas que não vivem no concelho de Évora possam ter um profissional de referência em caso de necessidade planeia-se o envolvimento dos profissionais dos CSP na formação sobre o tema através do convite para frequentar os cursos de Promotores do AM realizados no HESE-EPE.



## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahams, S. & Labbok, M. (2009). Exploring the impact of the baby friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*. USA;
- Anderson, J., Johnstone, B. & Remley, D. (1999). Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. 70, 525-535.
- Aguiar, H. & Silva, A. (2011). Aleitamento Materno – A importância de intervir. *Ata Médica Portuguesa*. 24, 889-896. Acesso em 30 de Abril de 2013, em [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com);
- Albernaz, E. & Victora, C. (2003). Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Pan Am J Public Health*. 14, 17-24;
- APA (2006). *Manual de estilo da APA: Regras Básicas/American Psychological Association* (M. F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed;
- Barnes, M., Cox, J., Doyle, B. & Reed, R. (2010). Improving Breastfeeding Rates. *The Journal of Perinatal Education*. 19 (4), 17–23;
- Bartington, S., Griffiths, L., Tate, A., Dezateux, C., & Millennium Cohort Study Child Health Group. (2006). Are Breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK?. *International Journal of Epidemiology*. (35), 1178-1186.
- Bashour, H. N., Kharouf, M. H., Abdulsalam, A. A., El Asmar, K., Tabbaa, M. A., & Cheikha, S. A. (2008). Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nurs*, 25(2), 115-125;
- Beck S., Wojdyla D., Lale S., Betran A., Merialdi M., Requejo J., Ruben C., Menon R., & Look, P. (2010). The Worldwide incidence of preterm birth- a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organization*. 88, 31-38;
- Beral, V., Bull, D., Doll, R., Peto, R., Reeves, G., Skegg, D. *et al* (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47

- epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. Jul. 360(9328). 187-95;
- Bowles, B. (2011). Promoting Breastfeeding Self-Efficacy – Fear Appeals in Breastfeeding Management. *Clinical Lactation*. 2 (1). Acesso em 12 de Maio de 2013, em <http://www.ClinicalLactation.org>;
- Braun, M., Giugliani, E., Soares, M., Giugliani, C., Oliveira, A. & Danelon, C. (2003). Evaluation of the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. *American Journal of public Health*. 93(8);
- Broadfoot, M., Britten, J., Tappin, D. e MacKenzie, J. (2005). The Baby Friendly Hospital initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. (90). 114-116;
- Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King S. (2007). Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub3/pdf>;
- Caldeira, A. e Gonçalves, E. (2007). Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Jornal de Pediatria* (Rio J). 83 (2). 127-132;
- Cattaneo A, Buzzetti R. (2001). Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ*. (323). Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>;
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. (2012). Acesso em 12 de Abril de 2013, em <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2012BreastfeedingReportCard.pdf>;
- Chalmers, B. & Royle, C. (2009). In Public Health Agency of Canada. What mothers say: The Canadian Maternity Experiences Survey. Ottawa;
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>;
- Corbett, R. (2008). Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In D. Lowdermilk & S. Perry, *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Ed.), (pp.245-303). Loures: Lusodidacta;
- Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente. (2012). Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente. Acesso em 25 de Abril de

- 2013, em  
[http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Carta\\_Hospitalar\\_CNSMCA\\_20120612.pdf](http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Carta_Hospitalar_CNSMCA_20120612.pdf);
- Coutinho, S., Cabral de Lira, P., Lima, M. e Ashworth, A. (2005). Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *The Lancet*. (366). 1094-110.
- Dall'Oglio, I., Salvatori, G., Bonci, E., Nantini, B., D'Agostino, G. & Dotta, A. (2007). Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. *Acta Paediatrica*. 96. 1626–1631;
- Decreto-lei no.67, II série do Diário da República (despacho 7495/2006) de 04 de Abril de 2006. Disponível em  
<http://static.publico.pt/docs/sociedade/Despachomaternidades.pdf>;
- Dicionário da Língua Portuguesa On-line. Acesso a 24 de Abril de 2013. Disponível em  
<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa>;
- DiFrisco, E., Goodman, K., Budin, W., Lilienthal, M., Kleinman, A., & Holmes, B. (2011). Factors Associated With Exclusive Breastfeeding 2 to 4 Weeks Following Discharge From a Large, Urban, Academic Medical Center Striving for Baby- friendly Designation. *The journal of Perinatal Education*. 20 (1). 28-35;
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2001). *Rede de Diferenciação Materno-Infantil*. Acesso em 20 de Janeiro 2013, em  
<http://www.arslvt.min-saude.pt/DocumentosPublicacoes/Documents/redediferenciacaomaternoinfantil.pdf>;
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa. Vol. I – Prioridades e Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. Disponível em [www.dgsaude.min-saude.pt](http://www.dgsaude.min-saude.pt);
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). Circular Informativa N.º26/DSR. Registo do Aleitamento Materno;
- Dulon, M., Kersting, M. & Bender, R. (2003). Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany. *Acta Paediatrica*. (92). 653-658;
- Durán, H. (sd). *Planeamento da Saúde – Aspectos conceptuais e operativos*. Ministério da Saúde. Departamento de estudos e planeamento da saúde. Lisboa;
- FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (1993). *Directrices. Formulación de planes nacionales de acción para la*

- nutrición*. Roma. Acesso em 3 de Abril de 2013, em <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/v1160s/v1160s00.pdf>;
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures. Lusodidacta;
- Frye, G. (2013). Breast feeding initiatives at women and babies hospital. *The Journal of Lancaster General Hospital*. 8 (1). 21-27;
- González, C. (2004). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. Mama Mater – Associação. Parede;
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*. 17(9). 1132-1143 Finland. Acesso em 11 de Fevereiro de 2013, em <http://www.menumaterno.com.br/reviewprofessionalsupport.pdf>;
- Hofvander, Y. (2005). Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): Organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatrica*, 94, 1012-1016;
- Horta, B., Bahl, R., Martines, J., & Victora, C. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding – Systematic Reviews and meta-analyses*. World Health Organization. Switzerland. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf);
- Kramer, M., Chalmers, B., Hodnett, E., Sevkovskaya Z., Dzikovich I., Shapiro S., Collet J., Vanilovich I. *et al* (PROBIT Study Group - Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*. 285(4).413-420;
- Lamounier, J. (1996). Promoção e Incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria*. 72(6). 363-368;
- Levy, L. & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Lisboa;
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Lisboa;
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Ed.) Loures: Lusodidacta;
- Mannan, I., Rahman, SM., Sania, A., Seraji, HR., Arifeen, SE., Winch, PJ., Darmstadt, GL., & Baqui, A. (2008). Can early postpartum home visits by trained

- community health workers improve breastfeeding of newborns? *Journal of Perinatology*. 28. 632-640;
- Mercer, J., Erickson-Owens, D., Graves, B., Haley, M. (2007). Evidence-based practices for the fetal to neonatal transition. *J Midwifery and Women's Health*, 52 (3), 262-272;
- Ministério da Saúde. (2006). Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. *Requalificação dos Serviços de Urgência Perinatal*. Lisboa;
- Ministério da Saúde (2012). Aspectos práticos do aleitamento materno. Extrair conservar e transportar o LM. Alto Comissariado para a Saúde. Acesso em 28 Novembro, 2012, em <http://www.amamentar.net/M%C3%A3esPais/Aspectospr%C3%A1ticosdoaleitamentomaterno/Extrairconservaretransportaroleitematerno/tabid/173/Default.aspx>;
- Montenegro, C.A. & Rezende Filho, J. (2011). O Puerpério. In C. Montenegro & J. Rezende Filho, *Rezende Obstetricia* (11<sup>a</sup> Ed.), (pp.291-295). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n° 127/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, 2<sup>a</sup> série, n°35, 8662-8666;
- Órfão, A. (2012). *Registo do Aleitamento Materno | Relatório julho 2010 – junho 2011*. Direção-Geral da Saúde | Divisão de Saúde Reprodutiva e Mama Mater | Associação pró Aleitamento Materno em Portugal;
- Organização Mundial de Saúde. (1989). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos Serviços Materno-Infantis. Genebra;
- Palminha, J. (2003). Os diferentes tipos de recém-nascidos classificados em função da idade gestacional e do peso. in Palminha, J. & Carrilho, E. (2003). *Orientação Diagnóstica em Pediatria – Dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial*, (p. 916). Lisboa: Lidel;
- Pina, M. & Volpato, C. (2009). Riscos da alimentação com leite artificial. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (25), 376-383;
- Pinheiro, M. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*. 42 (6) Nov-Dez, 319-331;
- Pordata. (2012). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho. Acesso em 25 de Fevereiro de 2013, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417>;

- Pordata. (2013). *Taxa de fecundidade geral em Portugal e por Municípios*. Acesso em 11 de Maio 2013, em <http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+fecundidade+geral+%28R%29-369>;
- Portugal. (2006). Decreto-lei no.67, II série do Diário da República (despacho 7495/2006) de 04 de Abril de 2006. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt);
- Portugal. (2012). Portaria nº 308/2012 de 9 de outubro. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt);
- Public Health Agency of Canada. (2009). *What Mothers Say: Canadian Maternity Experiences Survey*. Ottawa. Acesso em 23 de Outubro de 2012, em <http://www.publichealth.gc.ca/mes>;
- Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. (2008). Breastfeeding and Child Cognitive Development - new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 65 (5). Acesso em 28 de Janeiro de 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18458209>;
- Quinn, J., O'Callaghan, M., Williams, G., Najman, J., Andersen, M. & Bor, W. (2001). The effect of breastfeeding on child development at 5 years: a Cohort study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37 (5), 465-469;
- Rea, M. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80 (5) Supl, 142-146;
- Reynolds, A., Ayres-De-Campos, D., Costa, M.A., Santos, C., Campos, M. & Montenegro, N. (2004). Influence of three organisational measures on the cesarean section rate in a tertiary care University Hospital. *Acta Med Port*. May-Jun;17(3):193-8; Acesso em 12 de Abril de 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15929846>;
- Roig, A., Martinez, M., Garcia, J., Hoyos, S., Navidad, G., Alvarez, J., Pujalte, M. & Gonzalez, R. (2010). Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18 (3), 373-380;
- Sampaio, P. Moraes, C., Reichenheim, M., Oliveira, A. & Lobato, G. (2011). Birth in Baby-Friendly Hospitals in Rio de Janeiro, Brazil: a protective factor for breastfeeding?. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 27(7), 1349-1361;
- Sandes, A. Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E. Silva, L. (2007). ALEITAMENTO MATERNO - Prevalência e Fatores Condicionantes. *Ata Médica Portuguesa*. 20. 193-200. Acesso em 30 de Abril de 2013, em [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com);

- Save The Children (2012). *Nutrition in the First 1.000 Days. State of the World's Mothers 2012*. Acesso em 23 de Fevereiro de 2013, em <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ac-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/STATE-OF-THE-WORLDS-MOTHERS-REPORT-2012-FINAL.PDF>
- Silva, M., Albernaz, E., Mascarenhas, M. & Silveira, R. (2008). Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*. 8(3), 275-284.
- Smith, M., Durkin, M., Hinton, V., Bellingerr, D. & Kuhn, L. (2003). Influence of breastfeeding on cognitive outcomes at age 6-8 years: follow-up of very low birth weight infants. *American Journal of Epidemiology*. (158), 1075-1082;
- The World Bank (2012). *Investing in Health*. Acesso em 23 de Abril de 2013, em <http://blogs.worldbank.org/health/world-breastfeeding-week-healthy-growth-for-the-next-generation>;
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2000). *Roper-Logan-Tierney Model Of Nursing - Based On Activities Of Living*. Elsevier Health Sciences. Original: Idioma Inglês;
- Toma, T. & Rea, M. (2008). Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 24. (Suplemento 2), 235-246;
- Torre, M. (2004). Los diez passos de la OMS/UNICEF para favorecer la lactancia materna – Aplicación y evidencia científica de su eficacia. In Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2004). *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Ergon. 125-140;
- Universidade de Évora. (2010). Ordem de Serviço nº18/2010. Regulamento de Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem;
- Universidade de Évora. (2012). Ordem de Serviço nº14/2012. Regulamento do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre pela Universidade de Évora;
- Walker, M. (2006). *Breastfeeding management for the clinician. Using evidence*. Boston: Jones and Bartlett Publishers;
- World Health Organization. (2001). *The World Health organization's infant feeding recommendation*. Acesso em 15 de Março de 2013, em [www.babyfriendly.org.uk](http://www.babyfriendly.org.uk);

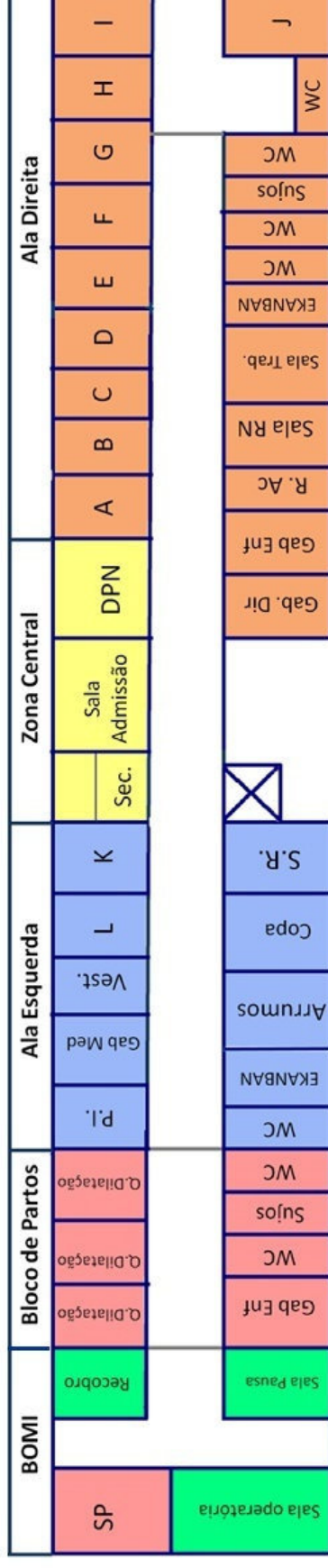
- World Health Organization (2002) *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. 55th World Health Assembly*. Geneva, Acesso em 10 de Janeiro de 2013 em [http://www.who.int/nutrition/publications/g\\_s\\_infant\\_feeding\\_text\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_eng.pdf).
- World Health Organization/UNICEF. (2008). *'Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care. Section 3: Breastfeeding promotion and support in a Baby-friendly Hospital: A 20-hour course for maternity staff*. Geneva;
- World Health Organization. (2012). *World Health Statistics*. Geneva. Acesso em 23 de Março de 2013, em [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf).
- World Health Organization /EMRO. (1982). Breast-feeding patterns. A review of studies in the Eastern Mediterranean Region. Technical Publication nº4. *Regional Office for the Eastern Mediterranean*. Acesso em 12 de Abril de 2013, em [http://whqlibdoc.who.int/emro/tp/EMRO\\_TP\\_4\\_1982\\_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/emro/tp/EMRO_TP_4_1982_(part1).pdf).
- Zangão, M. e Mendes, F. (2010). Aleitamento Materno: Uma abordagem na área de influência num hospital de Apoio Perinatal Diferenciado. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Agosto, 37- 44.
- Zakarija-Grković, I. and Burmaz' T. (2010). Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour Course in Improving Health Professionals' Knowledge, Practices, and Attitudes to Breastfeeding: A Before/After Study of 5 Maternity Facilities in Croatia. *Croat Med J*. 2010 October; 51(5), 396–405.



## APÊNDICES

**Apêndice A: Esquema físico e Organização Funcional do Serviço de Obstetrícia-Ginecologia**

## ESQUEMA FÍSICO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA/GINECOLOGIA



### Legenda:

- SP – Sala de Partos
- Gab. Enf – Gabinete de Enfermagem
- Gab. Med – Gabinete Médico
- Vest. – Vestiários de Enfermeiros e assistentes operacionais
- WC – Instalações sanitárias
- Sujos – Zona de Sujos
- EKANBAN – Sala de arrumação de material de consumo (i. e. sistema “EKANBAN”)
- S.R. – Sala de Reuniões
- Sec. – Secretariado
- DPN – Diagnóstico Pré-Natal
- R. Ac. – Sala de Rastros acústicos e cardiopatias congênicas
- Sala RN – Sala de triagem dos Recém-nascidos
- Sala Trab. – Sala de trabalho de Enfermagem
- Q. Dilatação – Quarto de Dilatação
- Letras A a L – Identificação das Enfermarias
- P.I. – Enfermaria de Puerpério Imediato

## Dinâmica de Funcionamento do Serviço de Obstetrícia-Ginecologia

### Bloco de Partos

- **Admissão:**
  - Partos programados por Cesariana eletiva;
  - Internamento de grávidas em Trabalho de Parto [TP], indução programada de TP e vigilância materno-fetal;
  - Interrupção Médica da Gravidez [IMG] por malformação/morte fetal;
- **Sala de Partos:** Realização do parto sempre que possível e prestam-se os cuidados imediatos ao recém-nascido;
- **BOMI:** utilizado para cirurgias programadas de Ginecologia/Cesarianas eletivas e os procedimentos cirúrgicos eletivos relacionados com a área de prestação de cuidados de Obstetrícia/ Ginecologia como a cirurgia ginecológica eletiva e as histeroscopias;
- **Apoios aos Funcionários:**
  - Instalações sanitárias;
  - Zona Suja
- **Cooperação com Neonatologia:** ligação física interna com o Serviço de Neonatologia para rápido acesso em caso de Urgência/Emergência.

**Nota 1:** Existe uma Equipa de Obstetras de Urgência e um outro Obstetra de Prevenção a ser contactado se necessário bem como um Anestesiologista para dar apoio na Analgesia de TP;

**Nota 2:** O Pediatra de Serviço à Neonatologia dá apoio ao Serviço em caso de necessidade e/ou nos partos distócicos.

### Ala Esquerda

- **Internamento de Puerpério**
  - Imediato: permanecendo nas primeiras duas horas pós-parto (3 camas);
  - Cesariadas (Duas enfermarias com 2 camas cada e WC privativo);
- **Vigilância Materno-Fetal:** CTG em regime ambulatorio realizados por EESMO escaladas no Bloco de Partos;
- **Apoios aos Funcionários:**
  - Gabinete médico (inclui o vestiário dos médicos);
  - Vestiário de enfermeiras e auxiliares;
  - Copa onde os profissionais tomam refeições rápidas; preparação de pequenas refeições para as utentes;
- **Sala de reuniões:** Para reuniões dos profissionais e formação em serviço;
- **Reposição de material:**
  - Sala com armários de materiais (i.e. sistema “EKANBAN”);
  - Arrecadação onde ficam materiais de apoio.

## Zona Central

- **Secretariado:** Apoio logístico ao Serviço;
- **Gabinete de Registo de Nascimento:** Realização do registo de nascimento de acordo com o Projeto Nascer Cidadão com a colaboração dos funcionários do Registo Civil de Évora;
- **Sala de admissões:** Admissão de utentes para o internamento de Obstetrícia/Ginecologia, realização de procedimentos médicos e atendimento de utentes da área de Ginecologia/ Obstetrícia que recorrem serviço de Urgência;
- **Gabinete de DPN:** Realização de ecografias de rotina, ecografias morfológicas, de urgência e procedimentos com necessidade de acompanhamento ecográfico (Ex.: Amniocenteses).

## Ala Direita

- **Internamento:**
  - Cesariadas (2 enfermarias com estrutura idêntica à ala esquerda);
  - Três enfermarias de puérperas que se destinam ao internamento de puérperas que tenham tido parto vaginal (3 camas cada);
  - Uma enfermaria de grávidas patológicas (três camas);
  - Uma enfermaria (três camas) para puérperas que não tenham o RN junto de si/não tenham RN ou grávidas quando a enfermaria de grávidas se apresenta lotada;
  - Três enfermarias de Ginecologia (3 camas e sem WC privado; no entanto uma das enfermarias de Ginecologia possui apenas duas camas);
- **Apoio aos funcionários:**
  - Sala de trabalho de enfermagem onde se prepara a terapêutica e possui uma marquesa onde alguns procedimentos médicos são realizados;
  - Instalações sanitárias para utentes e funcionários;
  - Zona suja;
  - Gabinete de enfermagem;
- **Reposição de material:**
  - Sala com armários de materiais (i. e. sistema “EKANBAN”);
- **Sala de triagem dos RN:** Realização da avaliação física do RN, procedimentos invasivos e preparação de vacinas;
- **Gabinete de rastreio auditivo e de cardiopatias congénitas;**
- **Gabinete do Diretor de serviço de Obstetrícia-Ginecologia.**

**Apêndice B: Caracterização da População Alvo [150 Enfermeiros]**

# Resumo da Caracterização dos participantes no Questionário aplicado a 150 Enfermeiros do HESE-EPE

## Aspetos sociodemográficos

As idades dos enfermeiros variam entre os 25 e os 61 anos, com média de 39,05 anos (DP=8,69); a Moda é de 28 anos

C0Idade	
Mean	39,05
Median	39,00
Mode	28
Std. Deviation	8,690
Minimum	25
Maximum	61

A grande maioria dos enfermeiros é do sexo feminino (N=145; 96,7%)

C0Sexo		
	N	%
Masculino	5	3,3
Feminino	145	96,7
Total	150	100,0

## Aspetos da Carreira Profissional

A área de prestação de serviços mais representativa é o bloco operatório (N=51; 34%), seguindo-se o internamento em Obstetria (N=28; 18,7%)

C1AreaPrestação		
	N	%
UCIN	19	12,7
Int-Pediatria	15	10,0
Urg-Pediatria	15	10,0
Int-SMO	28	18,7
Consulta-Externa	22	14,7
BO	51	34,0
Total	150	100,0

O tempo na carreira varia entre 3 e 40 anos, com média de 16,5 anos (DP=8,82)

C2TempoCarreira	
Mean	16,49
Median	16,00
Mode	18
Std. Deviation	8,826
Minimum	3
Maximum	40

Nos 53 que se declaram como especialistas, a média de tempo de exercício nesta qualidade é de 8 anos (DP=7,19)

<b>C3TempoEspecialista</b>	
Mean	8,0000
Median	5,0000
Mode	1,00
Std. Deviation	7,19241
Minimum	1,00
Maximum	30,00

Relativamente às categorias, a maior parte dos participantes são enfermeiros graduados (N=60; 40,3%)

	<b>C4CategoriaProf</b>	
	N	%
Nível 1	39	26,2
Graduado	60	40,3
Especialista	46	30,9
Chefe	5	3,3
Total	150	100,0

Relativamente ao tempo de serviço nos setores de obstetria/Pediatria, 120 participantes referiram ter trabalhado/trabalhar nos setores. A média de tempo de serviço foi de cerca de 9 meses e a moda foi 6 meses (DP=6,73)

<b>C5TempoSmoPed</b>		
N	Valid	120
	Missing	30
Mean		8,7442
Median		6,0000
Mode		6,00
Std. Deviation		6,73092
Minimum		,00
Maximum		36,00

As habilitações literárias dos participantes são as que constam no quadro ao lado

<b>Habilitações Literárias</b>		
	N	%
Curso Base (Licenciatura/ Bacharelato)	150	100
Cursos de Formação Contínua	12	8
Pós-Graduação	61	40,4
Mestrado	7	4,7

Dos 146 que responderam à questão, quinze assinalaram a resposta positiva relativamente à formação em AM

	<b>C7FormaAM</b>	
	N	%
Sim	15	10,3
Não	31	89,7
Total	146	100,0

Dos 150 participantes, 18 responderam à pergunta relativa ao tipo de formação em AM. Desses, a mais representativa é a porção de profissionais que possui o Curso de Conselheiros em AM (N=12; 8%)

	<b>C8FormaAMQual</b>	
	N	%
	132	88,0
CCAM	12	8
Formador em AM	1	,7
Curso de amamentação	2	1,4
Curso de preparação p/ parto	1	,7
Formação em Serviço	1	,7
Promoção e proteção do AM	1	,7
Total	150	100,0



48 participantes referiram ter realizado formação profissional especializada cujo tipo de formação se apresenta no quadro ao lado.

<b>9. Qualificação profissional especializada</b>	
1.Especialização em SMO	20
2.Especialização em Pediatria/Neonatologia	18
3.Especialização em Médico-cirúrgica	4
4.Especialização em Saúde Comunitária	4
5.Consultor (a) de Lactação	2

No que diz respeito aos recursos utilizados pelos participantes para adquirir conhecimentos sobre AM, os mais representativos foram a Especialização em SMO ( $N=48$ ; 32,7%) e o curso de Conselheiros em AM ( $N=44$ ; 29,9%)

	<b>C10nºRecursosConheciAM</b>	
	N	%
Experiência Pessoal	39	26,5
Especialização SMO	48	32,7
Curso Conselheira AM	44	29,9
Bibliografia Profissional	16	10,9
Total	147	100,0

A maioria dos participantes refere ter filhos ( $N=100$ ; 66,7%)

	<b>C11Filhos</b>	
	N	%
Sim	100	66,7
Não	50	33,3
Total	150	100,0

A maioria dos participantes refere ter 2 filhos ( $N=54$ ; 53,5%)

	<b>C12FilhosQuantos</b>	
	N	%
1	37	37
2	54	54
3	9	9
Total	100	100,0

A maioria dos participantes refere ter 2 filhos ( $N=77$ ; 77%)

	<b>C13FilhosSexo</b>	
	N	%
Apenas um	77	77
Ambos os sexos	23	23
Total	100	100,0

Relativamente aos participantes que referiram ter filhos a maioria respondeu que amamentou dois filhos ( $N=46$ ; 51,7%)

	<b>C14FilhosQuantosAM</b>	
	N	%
0	1	1,1
1	33	37,1
2	46	51,7
3	9	10,1
Total	89	100,0

Sete dos participantes responderam que não amamentou um filho

	<b>C15FilhosQuantosNãoAM</b>	
	<i>N</i>	%
1	7	77,8
2	2	22,2
Total	9	100,0

Em média o tempo de AM dos filhos dos participantes no estudo foi de aproximadamente 9 meses (DP=7,9), sendo o mínimo 1 mês e o máximo 3,5 anos

<b>C16FilhosAMTempo</b>		
<i>N</i>	Valid	82
	Missing	68
Mean		9,06
Std. Deviation		7,901
Minimum		1
Maximum		42

Das 9 participantes que responderam à questão, a principal razão para não ter amamentado o filho foi o fato de não ter leite

	<b>C17FilhosNãoAMrazão</b>	
	<i>N</i>	%
Não respondeu	141	94,0
Adotado	2	1,4
Ñ teve leite	4	2,8
Ñ teve colostro	2	1,4
Ñ pegou na mama	1	,7
Total	150	100,0

Das 95 participantes que responderam à questão, a maior parte (*N*=84; 88,4%) considera que teve uma experiência globalmente positiva

	<b>C18FilhosAMExperiência</b>	
	<i>N</i>	%
Positiva	84	88,4
Negativa	11	11,6
Total	95	100,0

Das 95 participantes que responderam à questão, foi-lhes muitas vezes (*N*=34; 35,8%) facilitado horário de aleitamento no seu emprego

	<b>C19EmpregoFacilitaAM</b>	
	<i>N</i>	%
Nunca	18	18,9
Algumas Veze	13	13,7
Muitas Veze	34	35,8
Sempre	30	31,6
Total	95	100,0

A maioria ( $N=125$ ; 83,3%) das pessoas que responderam ao questionário refere ter sido amamentada

	<b>C20MãeAM</b>	
	<i>N</i>	%
Não	25	16,7
Sim	125	83,3
Total	150	100,0

Dos 76 participantes que responderam, em média foram amamentados durante 12,35 meses ( $DP=9,97$ ), variando entre 1 mês e 3 anos

		<b>C21AMmãe</b>
<i>N</i>	Valid	76
	Missing	74
Mean		12,35
Std. Deviation		9,968
Minimum		1
Maximum		36

**Apêndice C: Resultados das Subescalas de pontuação aplicadas à população alvo  
[150 enfermeiros]**

## Secção 2: Informação em Aleitamento Materno [McLaughlin, 2010]

Por favor indique a sua resposta às seguintes afirmações assinalando com um círculo **O** a posição que melhor descreve a sua opinião

	Nome da Sub-escala no ficheiro SPSS: S2EscalaInformaAM					
	Conhecimento <a href="http://www.biomedsearch.com/article/Paediatric-nurses-knowledge-attitudes-related/279262875.html">http://www.biomedsearch.com/article/Paediatric-nurses-knowledge-attitudes-related/279262875.html</a>	Concordo Totalmente	Concordo	Indecisa	Discordo	Discordo Totalmente
R	1. O Aleitamento Materno é a melhor fonte de nutrição para a criança	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
	2. A maioria das fórmulas infantis são nutricionalmente equivalentes ao leite materno	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
	3. As mães não obtêm nenhum benefício em amamentar	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
R	4. Bebés amamentados recebem todos os nutrientes necessários a partir do leite materno até aos seis meses	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
	5. Cada mamada não deve demorar mais que meia hora	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
	6. Os alimentos sólidos devem ser introduzidos aos 4 meses de idade	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
<i>Item que não está no artigo da autora<sup>1</sup></i>	7. A avaliação do peso antes e depois da mamada, com a mesma roupa, dá-nos uma clara indicação do leite materno que o bebé recebe	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
R	8. O melhor regime de amamentação é a livre demanda/ a pedido do bebé?	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
<i>Item que não está no artigo da autora</i>	9. Deve ser oferecida água ao bebé com menos de 6 meses, se a hidratação for uma preocupação	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
R	10. O leite materno aumenta a imunidade dos recém-nascidos	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
R	11. A amamentação ajuda a proteger a criança contra a resposta alérgica provocada por alergias de origem proteica	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
R	12. A amamentação ajuda a prevenir otites do ouvido médio	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
<i>Item que não está no artigo da autora</i>	13. A amamentação surge naturalmente tanto para a mãe como para o bebé	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
R	14. A pega correta do bebé à mama é importante para o sucesso do aleitamento materno	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
R	15. O bebé deve ter o máximo de aréola possível dentro da boca para uma correta posição na mamada	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
R	16. Um som audível da deglutição é um sinal de que o bebé está a receber leite materno da mama	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
R	17. Uma boa pega é conseguida e o leite materno recebido pelo bebé quando o movimento da mandíbula é lenta, profunda e rítmica	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
	18. Tetinas ou chupetas podem provocar confusão dos mamilos	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
	19. Suplementos de leite artificial não influenciam no sucesso da amamentação durante as primeiras semanas de vida	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
	20. O leite materno é igual para um bebé prematuro, de termo ou com seis meses de idade	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
<i>Item que não está no artigo da autora</i>	21. A produção de leite materno é regulada pela estimulação do mamilo e pela extração do leite	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
R	22. O leite materno muda para se adaptar às necessidades do bebé, quer seja prematuro, de termo ou de 12 meses	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
<i>Item que não está no artigo da autora</i>	23. A produção de leite materno depende das hormonas progesterona e ocitocina	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
R	24. A prolactina é a hormona que controla a produção de leite e a ocitocina ajuda na secreção do mesmo	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0

	S3 AMH	Concordo Totalmente	Concordo	Indecisa	Discordo	Discordo Totalmente
R	19. A lactogénese é o processo pelo qual a mama se prepara para produzir leite	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
	20. A lactogénese é um processo constituído por três etapas	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
R	21. Após o nascimento, uma queda acentuada da progesterona, produz uma quantidade profusa de leite materno	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
R	22. A ocitocina não se liberta quando a mãe se encontra sob stress e por isso o leite não é ejetado	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0

<sup>1</sup> Conhecimento <http://www.biomedsearch.com/article/Paediatric-nurses-knowledge-attitudes-related/279262875.html>

Num máximo de 46 pontos [escala que varia entre 0 a 46 pontos], a média de respostas relativamente a Informação sobre o Aleitamento Materno encontra-se em 35,32 (DP=4,37), variando entre um mínimo de 23 e um máximo de 46 pontos e sendo a moda 35 pontos

<b>EscalaColapseInfAM</b>		
N	Valid	150
	Missing	0
Mean		35,3200
Median		35,0000
Mode		38,00
Std. Deviation		4,37092
Minimum		23,00
Maximum		46,00

<b>EscalaColapseInfAM</b>		
	<i>N</i>	%
23,00	1	,7
25,00	1	,7
26,00	1	,7
27,00	2	1,3
28,00	3	2,0
29,00	2	1,3
30,00	5	3,3
31,00	15	10,0
32,00	15	10,0
33,00	12	8,0
34,00	10	6,7
35,00	15	10,0
36,00	5	3,3
37,00	12	8,0
38,00	16	10,7
39,00	8	5,3
40,00	7	4,7
41,00	5	3,3
42,00	9	6,0
43,00	2	1,3
44,00	2	1,3
45,00	1	,7
46,00	1	,7
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

**Secção 4: Aleitamento Materno no caso da criança hospitalizada** [McLaughlin, 2010]

Para as seguintes condições e circunstâncias diria a uma mãe que amamenta para parar COMPLETAMENTE de amamentar? Indique a sua resposta assinalando O a frase que melhor descreve a sua convicção?

	Conhecimento Desmame <a href="http://www.biomedsearch.com/article/Paediatric-nurses-knowledge-attitudes-related/279262875.html">http://www.biomedsearch.com/article/Paediatric-nurses-knowledge-attitudes-related/279262875.html</a>	Indecisa	Nunca	Algumas vezes	Sempre
R	1. Criança que se encontra Hospitalizada	1-C1	2-C2	3-C0	4-C0
R	2. Criança que está a começar a dentição	1-C1	2-C2	3-C0	4-C0
R	3. Criança que tem frequentemente diarreia	1-C1	2-C2	3-C0	4-C0
R	4. Criança que tem uma infeção	1-C1	2-C2	3-C0	4-C0
R	5. Criança que parece constantemente com fome/ insatisfeita	1-C1	2-C2	3-C0	4-C0
R	6. Mãe que apresenta mamilos doridos/ inflamados?	1-C1	2-C2	3-C0	4-C0
R	7. Mãe que tem uma mastite	1-C1	2-C2	3-C0	4-C0
R	8. Mãe que está cansada	1-C1	2-C2	3-C0	4-C0

Em que medida concorda com as seguintes afirmações? Assinale com um círculo O a que melhor descreve a sua convicção

	Concordo Totalmente	Concordo	Indecisa	Discordo	Discordo Totalmente
9.O stress não influencia o sucesso da amamentação	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
10.Mães a amamentar deveriam ser incentivadas manter a amamentação do bebé enquanto ele está hospitalizado	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
11.O risco de pneumonia é menor numa criança que foi amamentada por mais de seis meses	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
12.As mães já sabem extrair o leite quando chegam ao hospital (internamento)	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
13.A extração de leite materno poderá ser feita pela mãe a qualquer intervalo que a mesma se sinta bem, num período de 24 H	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
14.A extração poderá ser feita pelas mães cujo bebé se encontra em dieta zero com a mesma frequência com que a criança deveria ser amamentada	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
15.A mãe não precisa extrair o seu leite se a criança se encontra em dieta zero/pausa alimentar	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
16.A dieta materna não influencia o valor nutricional do leite materno	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
17.A mãe que amamenta necessita ingerir 2-3L de água/dia	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
18.A amamentação deveria ocorrer imediatamente antes, durante ou imediatamente após um procedimento doloroso, para reduzir a dor da criança	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0

As seguintes questões referem-se ao aleitamento materno e ao estabelecimento da amamentação. Por favor Assinale com um círculo Q N.º que melhor descreve a sua convicção em cada uma delas.

	Concordo Totalmente	Concordo	Indecisa	Discordo	Discordo Totalmente
23. As mães ficam mais confiantes para amamentar se elas forem capazes de abraçá-los no contacto pele a pele sempre que queiram	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
24. O contacto pele a pele entre mãe e bebé durante horas aumenta o fornecimento de leite	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
25. A rotina no contacto pele a pele reduz a necessidade de suplemento de leite de fórmula (se requerido pelo bebé) nas primeiras 2 semanas de vida	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
26. Se o leite não for retirado do peito, a sua produção é reduzida	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
27. A melhor forma de minimizar os problemas de ingurgitamento mamário é a extração eficaz de leite nas primeiras 24h após o parto	1-C0	2-C0	3-C1	4-C2	5-C2
28. O posicionamento e pega corretas nos primeiros dias de vida influenciam o estabelecimento de uma amamentação bem sucedida	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
29. Um bom posicionamento do bebé é: bebé junto do corpo da mãe, de frente para a mama, com o nariz ao nível do mamilo	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
30. As mães de recém-nascidos necessitam de ajuda prática e apoio emocional no estabelecimento de uma amamentação bem sucedida	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0
31. A equipa de enfermagem tem o conhecimento prático para dar apoio às mães dos recém-nascidos	1-C2	2-C2	3-C1	4-C0	5-C0

Num máximo de 16 pontos que supõe todas as atitudes favoráveis ao AM no caso do internamento hospitalar da criança, a média de respostas situa-se em 8,67 pontos (DP=4,33) variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 16 pontos e sendo a moda 8 pontos

<b>Escala da Secção3 RN internado com 8 itens</b>		
N	Valid	150
	Missing	0
Mean		8,6733
Median		8,5000
Mode		8,00
Std. Deviation		4,33574
Minimum		,00
Maximum		16,00

	<b>Escala da Secção3 RN internado com 8 itens</b>	
	N	%
,00	10	6,7
1,00	1	,7
2,00	6	4,0
3,00	1	,7
4,00	9	6,0
5,00	3	2,0
6,00	19	12,7
7,00	3	2,0
8,00	23	15,3
9,00	4	2,7
10,00	22	14,7
11,00	4	2,7
12,00	18	12,0
13,00	3	2,0
14,00	11	7,3
15,00	2	1,3
16,00	11	7,3
Total	150	100,0



## Secção 5: Políticas e Recomendações Nacionais/Internacionais sobre Aleitamento Materno

Por favor assinale com um círculo O o número que melhor descreve a sua opinião sobre as seguintes afirmações:

	Conhecimento Políticas <a href="http://www.biomedsearch.com/article/Paediatric-nurses-knowledge-attitudes-related/279262875.html">http://www.biomedsearch.com/article/Paediatric-nurses-knowledge-attitudes-related/279262875.html</a>	Concordo	Discordo	Indecisa
R	1.Você já ouviu falar sobre a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés	1-C2	2-C0	3-C1
R	2.Os 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno promovem a amamentação e impedem o uso de fórmulas para lactentes	1-C2	2-C0	3-C1
R	3.Você sabe quais são os 10 passos para uma amamentação bem sucedida	1-C2	2-C0	3-C1
	4.O código Internacional de Marketing dos substitutos do leite materno permite aos hospitais darem amostras gratuitas de leite artificial para lactentes às mães	1-C0	2-C2	3-C1
	5.A amamentação exclusiva prolongada não reduz o risco de síndrome de morte súbita infantil de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)	1-C0	2-C2	3-C1
R	6.Você sabe o que é o Relatório “Registo do Aleitamento Materno” da DGS	1-C2	2-C0	3-C1
R	7.Você sabe onde pode obter a cópia do Manual para Alimentação Saudável da DGS	1-C2	2-C0	3-C1
R	8.O Observatório de Aleitamento Materno resulta de protocolo entre a DGS e Mana-Mater	1-C2	2-C0	3-C1
R	9.A amamentação exclusiva até aos seis meses de idade é recomendada pela DGS e OMS	1-C2	2-C0	3-C1
R	10.A OMS recomenda que o aleitamento materno seja mantido até aos dois anos de idade ou mais juntamente com alimentação complementar	1-C2	2-C0	3-C1

Num máximo de 20 pontos, a média de respostas sobre o conhecimento das Políticas e Recomendações Nacionais/Internacionais sobre Aleitamento Materno encontra-se em 12,89 (DP=3,54), variando entre um mínimo de 4 e um máximo de 20 pontos e sendo a moda 16 pontos

SubEscalaConheciPolíticas10itens		
N	Valid	150
	Missing	0
Mean		12,8933
Mode		16,00
Std. Deviation		3,54292
Minimum		4,00
Maximum		20,00

SubEscalaConheciPolíticas10itens		
	N	%
4,00	2	1,3
5,00	1	,7
6,00	4	2,7
7,00	6	4,0
8,00	4	2,7
9,00	8	5,3
10,00	15	10,0
11,00	12	8,0
12,00	13	8,7
13,00	13	8,7
14,00	16	10,7
15,00	17	11,3
16,00	22	14,7
17,00	7	4,7
18,00	2	1,3
19,00	2	1,3
20,00	6	4,0
Total	150	100,0

**Secção 7: Atitudes relativas ao Aleitamento Materno** [McLaughlin, 2010]Por favor assinale com um círculo Q o número que melhor descreve a sua opinião sobre as seguintes afirmações:

	Concordo	Discordo	Indeciso
1.O leite materno é melhor para o bebé	1-C2	2-C0	3-C1
2.Eu fico desconfortável quando vejo uma mulher amamentar em público	1-C0	2-C2	3-C1
3.Todas as mães deveriam ser encorajadas para amamentação	1-C2	2-C0	3-C1
4.A informação sobre a amamentação deveria estar disponível para o público	1-C2	2-C0	3-C1
5.Eu sei onde obter informação sobre a amamentação para o meu uso profissional	1-C2	2-C0	3-C1
6.Eu sei onde obter informação acerca da amamentação para pais e familiares	1-C2	2-C0	3-C1
7.As crianças deviam poder ver a amamentação como uma etapa natural do crescimento	1-C2	2-C0	3-C1
8. As mães precisam de ser discretas quando estão a amamentar	1-C0	2-C2	3-C1
9.A amamentação deveria continuar até aos dois anos se for vontade da mãe ou criança	1-C2	2-C0	3-C1
10.A amamentação envergonha-me	1-C0	2-C2	3-C1
11.Mães que amamentam necessitam apoio para tal	1-C2	2-C0	3-C1
12.As associações de amamentação são forma de apoio/informação para mães e profissionais de saúde	1-C2	2-C0	3-C1
13.Apoio emocional é importante para as mães em amamentação	1-C2	2-C0	3-C1
14.Os pais são tão importantes para o sucesso da amamentação como as mães	1-C2	2-C0	3-C1
15.A amamentação é livre, disponível e nutricionalmente satisfatória para o bebé	1-C2	2-C0	3-C1
16.A amamentação aparece naturalmente em todas as mulheres	1-C0	2-C2	3-C1
17.A amamentação providencia alívio da dor e por isso é uma forma de analgesia	1-C2	2-C0	3-C1
18.A amamentação deveria ser feita sempre num local reservado não público	1-C0	2-C2	3-C1
19.As mães sentem-se confortáveis a amamentar tanto em público como no Hospital	1-C2	2-C0	3-C1

Num máximo de 38 pontos que supõe todas as atitudes favoráveis, a média de respostas situa-se em 29,5 pontos (DP=4,43) variando entre um mínimo de 15 e um máximo de 37 pontos e sendo a moda 33 pontos

S7AtitudesAM_C		
<i>N</i>	Valid	150
	Missing	0
Mean		29,5400
Median		30,0000
Mode		33,00
Std. Deviation		4,42632
Minimum		15,00
Maximum		37,00

S7AtitudesAM_C		
	<i>N</i>	%
15,00	1	,7
16,00	1	,7
17,00	1	,7
20,00	2	1,3
21,00	2	1,3
22,00	2	1,3
23,00	7	4,7
24,00	5	3,3
25,00	6	4,0
26,00	9	6,0
27,00	9	6,0
28,00	9	6,0
29,00	10	6,7
30,00	16	10,7
31,00	14	9,3
32,00	10	6,7
33,00	17	11,3
34,00	13	8,7
35,00	7	4,7
36,00	8	5,3
37,00	1	,7
Total	150	100,0

**Apêndice D: Análise dos resultados relativos à população alvo sem aplicação de subescalas [150 enfermeiros]**

## Subescala de Conhecimentos sobre Nutrição e Benefícios do AM (%)

	Concordo Totalmente	Concordo	Indecisa	Discordo	Discordo Totalmente	Errado	Certo	Indeciso
1. O Aleitamento Materno é a melhor fonte de nutrição para a criança	83,3	12,7	0,7	2	1,3	3,3	96,5	0,7
2. A maioria das fórmulas infantis são nutricionalmente equivalentes ao leite materno	8	51,3	15,3	20	5,3	59,4	25,3	15,3
3. As mães não obtêm nenhum benefício em amamentar	3,3	4,7	2,7	23,3	66	8	89,3	2,7
4. Bebês amamentados recebem todos os nutrientes necessários a partir do leite materno até aos seis meses	55,3	31,3	8	5,3	-	5,4	86,6	8
5. Cada mamada não deve demorar mais que meia hora	19,3	33,3	18,7	21,3	7,3	52,7	28,6	18,7
6. Os alimentos sólidos devem ser introduzidos aos 4 meses de idade	4,7	24,7	22	32,7	16	29,3	48,7	22
7. A avaliação do peso antes e depois da mamada, com a mesma roupa, dá-nos uma clara indicação do leite materno que o bebé recebe	2	17,3	22	25,3	33,3	19,4	58,6	22
8. O melhor regime de amamentação é a livre demanda/ a pedido do bebé?	39,3	24	20,7	12	4	16	63,3	20,7
9. Deve ser oferecida água ao bebé com menos de 6 meses, se a hidratação for uma preocupação	8	28	30	16,7	17,3	36	34	30
10. O leite materno aumenta a imunidade dos recém-nascidos	76,7	18	4,7	0,7	-	0,6	94,7	4,7
11. A amamentação ajuda a proteger a criança contra a resposta alérgica provocada por alergias de origem proteica	60,7	27,3	10	2	-	2	88	10
12. A amamentação ajuda a prevenir otites do ouvido médio	30	26	34,7	8	1,3	9,3	56	34,7
13. A amamentação surge naturalmente tanto para a mãe como para o bebé	37,3	37,3	18,7	6,7	-	74,6	6,7	18,7
14. A pega correta do bebé à mama é importante para o sucesso do aleitamento materno	68	30,7	0,7	0,7	-	0,6	98,7	0,7
15. O bebé deve ter o máximo de aréola possível dentro da boca para uma correta posição na mamada	51,3	33,3	6	7,3	2	9,4	84,6	6
16. Um som audível da deglutição é um sinal de que o bebé está a receber leite materno da mama	30,7	40,7	12,7	11,3	4,7	16,6	70,7	12,7
17. Uma boa pega é conseguida e o leite materno recebido pelo bebé quando o movimento da mandíbula é lenta, profunda e rítmica	34,7	47,3	15,3	2,7	-	2,7	82	15,3
18. Tetinas ou chupetas podem provocar confusão dos mamilos	22,7	34	26	12,7	4,7	17,3	56,7	26
19. Suplementos de leite artificial não influenciam no sucesso da amamentação durante as primeiras semanas de vida	11,3	15,3	18	40,7	14,7	26,6	55,4	18
20. O leite materno é igual para um bebé prematuro, de termo ou com seis meses de idade	13,3	22,7	19,3	26	18,7	36	44,7	19,3
21. A produção de leite materno é regulada pela estimulação do mamilo e pela extração do leite	28	58,7	4	8	1,3	9,3	86,7	4
22. O leite materno muda para se adaptar às necessidades do bebé, quer seja prematuro, de termo ou de 12 meses	29,3	32,7	24,7	11,3	2	13,3	62	24,7
23. A produção de leite materno depende das hormonas progesterona e ocitocina	32	36	14	8,7	9,3	68	18	14
24. A prolactina é a hormona que controla a produção de leite e a ocitocina ajuda na secreção do mesmo	54	38	7,3	0,7	-	0,7	92	7,3

## Subescala de Conhecimento relativo à Criança Hospitalizada (%)

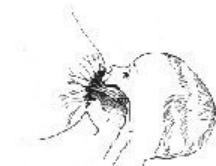
	Indecisa	Nunca	Algumas vezes	Sempre	Errado	Certo	Indeciso
1. Criança que se encontra Hospitalizada	5,3	62,7	30,7	1,3	32	62,7	5,3
2. Criança que está a começar a dentição	4	74,7	18,7	2,7	21,3	74,7	4
3. Criança que tem frequentemente diarreia	11,3	55,3	30	3,3	33,4	55,3	11,3
4. Criança que tem uma infeção	8	62,7	26,7	2,7	29,3	62,7	8
5. Criança que parece constantemente com fome/ insatisfeita	4,7	60,7	32,7	2	34,6	60,7	4,7
6. Mãe que apresenta mamilos doridos/ inflamados?	4	33,3	56,7	6	62,7	33,3	4
7. Mãe que tem uma mastite	6,7	12,7	56	24,7	80,6	12,7	6,7
8. Mãe que está cansada	2	48,7	47,3	2	49,3	48,7	2

	Concordo Totalmente	Concordo	Indecisa	Discordo	Discordo Totalmente	Errado	Certo	Indeciso
9.O stress não influencia o sucesso da amamentação	2	5,3	3,3	34	55,3	7,4	89,3	3,3
10.Mães a amamentar deveriam ser incentivadas manter a amamentação do bebé enquanto ele está hospitalizado	48	40	9,3	2	7	2,7	88	9,3
11.O risco de pneumonia é menor numa criança que foi amamentada por mais de seis meses	19,3	46,7	25,3	4,7	4	8,7	66	25,3
12.As mães já sabem extrair o leite quando chegam ao hospital (internamento)	2,7	11,3	11,3	40	34,7	14	74,7	11,3
13.A extração de leite materno poderá ser feita pela mãe a qualquer intervalo que a mesma se sintam bem, num período de 24 H	15,3	51,3	16,7	13,3	3,3	66,7	16,6	16,7
14.A extração poderá ser feita pelas mães cujo bebé se encontra em dieta zero com a mesma frequência com que a criança deveria ser amamentada	22,7	59,3	11,3	5,3	1,3	6,7	82	11,3
15.A mãe não precisa extrair o seu leite se a criança se encontra em dieta zero/pausa alimentar	3,3	16,7	10	29,3	40,7	20	70	10
16.A dieta materna não influencia o valor nutricional do leite materno	2,7	15,3	14	34,7	33,3	18	68	14
17.A mãe que amamenta necessita ingerir 2-3L de água/dia	14,7	50,7	20	14	0,7	14,7	65,3	20
18.A amamentação deveria ocorrer imediatamente antes, durante ou imediatamente após um procedimento doloroso, para reduzir a dor da criança	16,7	41,3	25,3	10,7	6	16,7	58	25,3

	Concordo Totalmente	Concordo	Indecisa	Discordo	Discordo Totalmente	Errado	Certo	Indeciso
19. A lactogénese é o processo pelo qual a mama se prepara para produzir leite	43,3	42,7	12,7	1,3	-	1,3	86	12,7
20. A lactogénese é um processo constituído por três etapas	32	22	39,3	4,7	2	54	6,7	39,3
21. Após o nascimento, uma queda acentuada da progesterona, produz uma quantidade profusa de leite materno	27,3	21,3	40	11,3	-	11,4	48,6	40
22. A ocitocina não se liberta quando a mãe se encontra sob stress e por isso o leite não é ejetado	25,3	32,7	31,3	10,7	-	10,7	58	31,3
23. As mães ficam mais confiantes para amamentar se elas forem capazes de abraçá-los no contacto pele a pele sempre que queiram	38,7	48,7	10	1,3	1,3	2,6	87,4	10
24. O contacto pele a pele entre mãe e bebé durante horas aumenta o fornecimento de leite	36	34,7	14	14	1,3	15,3	70,7	14
25. A rotina no contacto pele a pele reduz a necessidade de suplemento de leite de fórmula (se requerido pelo bebé) nas primeiras 2 semanas de vida	26,7	29,3	25,3	15,3	3,3	18,7	56	25,3
26. Se o leite não for retirado do peito, a sua produção é reduzida	27,3	49,3	10,7	11,3	1,3	12,7	76,6	10,7
27. A melhor forma de minimizar os problemas de ingurgitamento mamário é a extração eficaz de leite nas primeiras 24h após o parto	16,7	39,3	20	18	6	56	24	20
28. O posicionamento e pega corretas nos primeiros dias de vida influenciam o estabelecimento de uma amamentação bem sucedida	54,7	44	1,3	-	-	-	98,7	1,3
29. Um bom posicionamento do bebé é: bebé junto do corpo da mãe, de frente para a mama, com o nariz ao nível do mamilo	40	39,3	10	10	0,7	10,7	79,3	10
30. As mães de recém-nascidos necessitam de ajuda prática e apoio emocional no estabelecimento de uma amamentação bem sucedida	54,7	41,3	2,7	1,3	-	1,3	96	2,7
31. A equipa de enfermagem tem o conhecimento prático para dar apoio às mães dos recém-nascidos	32,7	50	12,7	1,3	3,3	4,6	82,7	12,7

## Subescala de Conhecimentos em AM baseados na observação (%)

A maioria dos participantes (N=78; 52%) respondeu corretamente à questão



	S4CAM1	
	N	%
Sim	45	30,0
Não	78	52,0
Indeciso	27	18,0
Total	150	100,0

A maioria dos participantes (N=113; 75,8%) respondeu corretamente à questão



	S4CAM7	
	N	%
Sim	113	75,8
Não	21	14,1
Indeciso	15	10,1
Total	149	100,0

<b>2. Amamentação corre bem para a mãe se:</b>	<b>Errado</b>	<b>Certo</b>
1. A mãe parecer saudável	22,7	77,3
2. A mãe estiver relaxada e confortável	2,7	97,3
3. Bebê procura e alcança a mama	28,7	71,3
4. Mãe parece tensa e deprimida	2	98
5. A mama parece saudável	38	62
6. Mama parece vermelha, inflamada ou dorida	2	98
7. Mama bem suportada com a mão em "C"	48	52
8. Mãe segura a mama na zona da aréola longe do mamilo	68,7	31,3

<b>3. Sinais de possíveis dificuldades para o bebê são:</b>	<b>Errado</b>	<b>Certo</b>
1. O bebê parece saudável	9,3	90,7
2. O bebê está inquieto ou a chorar	13,3	86,7
3. O bebê parece sonolento ou doente	16,7	83,3
4. O bebê procura e alcança a mama se tiver fome	4,7	95,3
5. Bebê calmo ou relaxado	8	92
6. Sinais de ligação entre mãe e bebê	4,7	95,3
7. Não existe contacto visual entre a mãe e o bebê ou o corpo do bebê está longe da mãe	25,3	74,7



<b>4.Os seguintes são sinais de dificuldades na pega/ alimentação:</b>	<b>Errado</b>	<b>Certo</b>
1. Maior porção de aréola é observada abaixo do lábio inferior do bebê	50,7	49,3
2. A boca do bebê não está toda aberta	11,3	88,7
3. O queixo do bebê não toca a mama	30	70
4. Vê-se mais aréola acima da boca do bebê	20,7	79,3
5. A boca do bebê está bem aberta	9,3	90,7
6. O lábio inferior está virado para fora	10	90
7. O queixo do bebê toca a mama	8,7	91,3

<b>5.As seguintes afirmações indicam a melhor posição para o bebê durante a mamada</b>	<b>Errado</b>	<b>Certo</b>
1. A cabeça do bebê está em linha reta com o corpo	30,7	69,3
2. O bebê permanece junto do corpo da mãe	16	84
3. O queixo do bebê/ lábio inferior está virado para fora	42,7	57,3
4. O bebê não é mantido perto do corpo da mãe	3,3	96,7
5. O corpo do bebê não está apoiado	5,3	94,7
6. Bebê de frente p <sup>a</sup> o mamilo e o nariz ao nível do mesmo	64,7	35,3
7. Pescoço e cabeça do bebê virado p <sup>a</sup> abocanhar a mama	54	46
8. Bebê apoiado	16	84

<b>6.Os seguintes sinais de sucção indicam amamentação bem sucedida:</b>	<b>Errado</b>	<b>Certo</b>
1. O bebê suga devagar e profundamente com pausas	7,3	92,7
2. Bebê suga rápida e superficialmente	9,3	90,7
3. O bebê larga/ deixa a mama quando acaba de mamar	32	68
4. A mama da mãe parece mais macia depois de amamentar	20,7	79,3
5. A mãe tira o bebê da mama	4,7	95,3
6. A mãe repara nos sinais de ativação do reflexo de ocitocina	49,3	50,7
7. As mamas parecem duras e brilhantes	3,3	96,7
8. Não há sinais de ativação do reflexo de ocitocina	2	98

## Subescala de Conhecimento sobre Políticas de Promoção/Proteção do AM (%)

	Concordo	Discordo	Indecisa	Errado	Certo	Indeciso
1.Você já ouviu falar sobre a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebês	71,3	16	12,7	16	71,3	12,7
2.Os 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno promovem a amamentação e impedem o uso de fórmulas para latentes	70,7	5,3	24	5,3	70,7	24
3.Você sabe quais são os 10 passos para uma amamentação bem sucedida	35,3	18	46,7	18	35,3	46,7
4.O código Internacional de Marketing dos substitutos do leite materno permite aos hospitais darem amostras gratuitas de leite artificial para lactentes às mães	34,7	25,3	40	34,7	25,3	40
5.A amamentação exclusiva prolongada não reduz o risco de síndrome de morte súbita infantil de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)	19,3	45,3	35,3	19,3	45,3	35,3
6.Você sabe o que é o Relatório “Registo do Aleitamento Materno” da DGS	25,3	30	44,7	30	25,3	44,7
7.Você sabe onde pode obter a cópia do Manual para Alimentação Saudável da DGS	39,3	23,3	37,3	23,3	39,3	37,3
8.O Observatório de Aleitamento Materno resulta de protocolo entre a DGS e Mama-Mater	28,7	14,7	56,7	14,7	28,7	56,7
9.A amamentação exclusiva até aos seis meses de idade é recomendada pela DGS e OMS	70	8	22	8	70	22
10.A OMS recomenda que o aleitamento materno seja mantido até aos dois anos de idade ou mais juntamente com alimentação complementar	60,7	13,3	26	13,3	60,7	26

## Subescala de Experiência pessoal relativa ao AM (%)

	Sim	Não	Indeciso
1.Na sua prática corrente já assistiu/apoiou mães na técnica de amamentação (ex. pega, posicionamento, estabelecimento da amamentação)	78,7	15,3	6
2.Você acha que possui o conhecimento e a perícia para assistir a mãe primípara, a estabelecer a amamentação ao seu bebé	52	22,7	25,3
3.Acha que identifica corretamente as necessidades de amamentação das mães e dos seus filhos	54,7	17,3	28
4.Você <b>ou</b> o seu marido/ex-marido têm filhos?	65,3	28,7	6
5.Você <b>ou</b> o seu marido/ex-marido foram amamentados em criança?	85,3	9,3	5,3
6.Se sim, Você <b>ou</b> o seu marido/ex-marido foram amamentados mais de três meses?	60,7	24	15,3
7.Se sim, Você <b>ou</b> o seu marido/ex-marido foram amamentados mais de seis meses?	46,7	34	19,3







## Subescala de Atitudes em relação ao AM (%)

	Concordo	Discordo	Indeciso	Errado	Certo	Indeciso
1.O leite materno é melhor para o bebê	98	1,3	0,7	98	1,3	0,7
2.Eu fico desconfortável quando vejo uma mulher amamentar em público	18	76,7	5,3	18	76,7	5,3
3.Todas as mães deveriam ser encorajadas para amamentação	94	6	-	6	94	-
4.A informação sobre a amamentação deveria estar disponível para o público	90,7	4,7	4,7	4,7	90,7	4,7
5.Eu sei onde obter informação sobre a amamentação para o meu uso profissional	74	8,7	17,3	8,7	74	17,3
6.Eu sei onde obter informação acerca da amamentação para pais e familiares	72,7	6,7	20,7	6,7	72,7	20,7
7.As crianças deviam poder ver a amamentação como uma etapa natural do crescimento	84	4	12	4	84	12
8. As mães precisam de ser discretas quando estão a amamentar	31,3	59,3	9,3	31,3	59,3	9,3
9.A amamentação deveria continuar até aos dois anos se for vontade da mãe ou criança	64,7	18,7	16,7	18,7	64,7	16,7
10.A amamentação envergonha-me	9,3	87,3	3,3	9,3	87,3	3,3
11.Mães que amamentam necessitam apoio para tal	74,7	16	9,3	16	74,7	9,3
12.As associações de amamentação são forma de apoio/informação para mães e profissionais de saúde	66,7	4,7	28,7	4,7	66,7	28,7
13.Apoio emocional é importante para as mães em amamentação	90	6,7	3,3	6,7	90	3,3
14.Os pais são tão importantes para o sucesso da amamentação como as mães	74,7	13,3	12	13,3	74,7	12
15.A amamentação é livre, disponível e nutricionalmente satisfatória para o bebê	87,3	4	8,7	4	87,3	8,7
16.A amamentação aparece naturalmente em todas as mulheres	48,7	26	25,3	48,7	26	25,3
17.A amamentação providencia alívio da dor e por isso é uma forma de analgesia	40,7	26,7	32,7	40,7	26,7	32,7
18.A amamentação deveria ser feita sempre num local reservado não público	24,7	58	17,3	24,7	58	17,3
19.As mães sentem-se confortáveis a amamentar tanto em público como no Hospital	27,3	39,3	33,3	39,3	27,3	33,3

**Apêndice E: Análise dos resultados do questionário aplicado em 2º tempo [70 enfermeiros]**

## Resultados do questionário aplicado em 2º tempo à população alvo

### Conhecimentos relativos à Conservação do LM (%)

Conservação do Leite Materno								
	Temperatura ambiente	Frigorífico		Congelador doméstico (porta separada)		Arca congeladora (-20° C)		
								
Leite extraído recentemente	1 dia		3-5 dias		3-6 meses		6-12 meses	
	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo
	67,1%	32,9%	55,7%	44,3%	10%	90%	17,1%	82,9%
Leite descongelado no frigorífico	≤ 4 horas		24 horas		Não recongelar		Não recongelar	
	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo
	34,3%	65,7%	15,7%	84,3%	1,4%	98,6%	1,4%	98,6%
Descongelado fora do frigorífico em água quente	Para completar refeição		4 horas		Não recongelar		Não recongelar	
	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo	Errado	Certo
	22,9%	77,1%	72,9%	27,1%	4,3%	95,7%	5,7%	94,3%

**Fonte de informação sobre conservação do leite materno:** Ministério da Saúde (2012). Alto Comissariado para a Saúde.

A maioria dos participantes que responderam ao questionário aplicado no segundo tempo tem conhecimentos relativamente à Conservação do LM. Apenas no que dizia respeito ao tempo máximo de conservação a) à temperatura ambiente 2) no frigorífico e 3) descongelado no frigorífico, a maior parte assinalou incorretamente a resposta.

**Análise semântica dos resultados relativos às facilidades/dificuldades encontradas pelo profissional no contexto da realização de educação para a saúde sobre AM**

No que respeita à primeira facilidade encontrada pelo profissional quando faz Educação para a Saúde sobre Aleitamento Materno, às mulheres utentes da Instituição/Hospital onde trabalha, as respostas com maior expressão foram:

- 1) Motivação materna para amamentar (N= 27; 18%);
- 2) Recetividade materna para aprender (N=13; 8,7%);
- 3) Experiência anterior positiva (N=8; 5,3%).

Dos 150 participantes 81 (54%) não respondeu à questão.

	Facilidade1	
	N	%
A refeição está sempre pronta e à temperatura ideal	1	,7
Conhecimento da utente sobre AM	1	,7
Disponibilidade e conhecimentos do profissional	1	,7
Domínio do tema	1	,7
Encontrarem-se no espaço adequado	1	,7
Estar sempre pronto a usar	1	,7
Experiência anterior positiva	8	5,3
Explicar as vantagens da amamentação	1	,7
Falta de apoio à mulher	1	,7
Fazer referência a benefícios do LM para o bebé	5	3,3
Motivação materna para amamentar	27	18,0
Não se aplica	5	3,3
Necessidade de ajuda de algumas puérperas	1	,7
Posicionamento do bebé/mãe confortável para ambos	1	,7
Recetividade materna para aprender	13	8,7
Transmissão de imunidade	1	,7
Não Respondeu	81	54
Total	150	100,0

No que respeita à segunda facilidade encontrada pelo profissional quando faz Educação para a Saúde sobre Aleitamento Materno, às mulheres utentes da Instituição/Hospital onde trabalha, as respostas com maior expressão foram:

- 1) Motivação materna para amamentar ( $N=12$ ; 8%);
- 2) Promoção da vinculação mãe-bebé ( $N=8$ ; 5,3%);
- 3) Recetividade materna para aprender ( $N=7$ ; 4,7%);
- Experiência anterior positiva ( $N=7$ ; 4,7%);
- 4) A mãe ter conhecimento das vantagens do LM ( $N=6$ , 4%).

Dos 150 participantes 83 (55,3%) não respondeu à questão.

	Facilidade2	
	N	%
Apoio familiar à mulher que amamenta	1	,7
A mãe ter colostro suficiente	1	,7
A mãe ter conhecimento das vantagens do LM	6	4,0
A mãe ter um bom mamilo e o bebé ter boa sucção	2	1,3
Identificação de pega correta/ incorreta	1	,7
Interesse materno pelo encaminhamento para grupos de apoio à amamentação após a alta hospitalar	1	,7
Informação relativa ao aumento da imunidade do bebé	1	,7
Ensino de uma boa pega	1	,7
Envolvimento de toda a equipa	1	,7
Estar à disposição do bebé e à temperatura ideal, ser económico	2	1,4
Experiência anterior positiva	7	4,7
Experiência profissional na área	1	,7
Transmissão de informação relativa à alimentação materna durante o período de amamentação	1	,7
Facilidade do profissional para transmitir informação	2	1,3
Interesse profissional pelo tema	1	,7
Motivação materna para amamentar	12	8,0
Não se aplica	5	3,3
O RN apresentar bons reflexos de sucção e deglutição	1	,7
Poder facilitar/ aumentar competências da mãe nessa sua opção	2	1,3
Promoção da vinculação mãe-bebé	8	5,3
Recetividade materna para aprender	7	4,7
Reforço do ensino turno após turno	1	,7
Ter frequentado o Curso de Preparação para o Parto	2	1,3

No que respeita à primeira dificuldade encontrada pelo profissional quando faz Educação para a Saúde sobre Aleitamento Materno, às mulheres utentes da Instituição/Hospital onde trabalha, as respostas com maior expressão foram:

- 1) Falta de motivação para amamentar ( $N=11$ ; 7,3%);
- 2) Falta de tempo dos profissionais ( $N=7$ ; 4,7%);
- 3) Falta de um local apropriado para a amamentação ( $N=6$ ; 4%);
- 4) Falta de receptividade materna para aprender ( $N=5$ ; 3,3%);

Surgem ainda como relevantes pelo seu sentido:

- 5) Baixo nível de confiança das mães ( $N=5$ ; 3,3%);
- 6) A prematuridade ou outra patologia ( $N=4$ ; 2,7%);
- 7) Algumas mães não querem amamentar ( $N=4$ ; 2,7%);
- 8) Ansiedade materna ( $N=4$ ; 2,7%);
- 9) Dificuldade em quantificar o leite ingerido pelo bebe ( $N=3$ ; 2%).

Dos 150 participantes 82 (54,7%) não respondeu à questão.

	Dificuldade1	
	N	%
A mãe não ter muito colostro	1	,7
A mulher achar que o bebe precisa de suplemento	1	,7
A prematuridade ou outra patologia	4	2,7
Algumas mães não querem amamentar	4	2,7
Ansiedade materna	4	2,7
Baixo nível de confiança das mães	5	3,3
Desencorajamento dos familiares	1	,7
Desmistificar algumas crenças acerca da amamentação	1	,7
Dificuldade em quantificar o leite ingerido pelo bebe	3	2,0
Ensinar pega correta	1	,7
Falta de conhecimento dos profissionais	2	1,3
Falta de consenso na informação dada à mulher	1	,7
Falta de motivação para amamentar/	11	7,3
Falta de receptividade materna para aprender	5	3,3
Falta de soluções de encaminhamento após a alta	1	,7
Falta de tempo dos profissionais	7	4,7
Falta de um local apropriado para a amamentação	6	4,0
Não se aplica	6	4,0
Já ter iniciado leite adaptado	1	,7
Problemas maternos associados ou não com as mamas	1	,7
Tentar que a mãe aceite fazer um intervalo entre as mamadas	2	1,3



No que respeita à segunda dificuldade encontrada pelo profissional quando faz Educação para a Saúde sobre Aleitamento Materno, às mulheres utentes do Hospital onde trabalha, as respostas com maior expressão foram:

- 1) Falta de tempo dos profissionais ( $N=14$ ; 9,3%);
- 2) Falta de motivação para amamentar ( $N=7$ ; 4,7%);
- 3) Falta de receptividade materna para aprender ( $N=5$ ; 3,3%);
- 4) Dificuldade em quantificar o leite ingerido pelo bebé ( $N=5$ ; 3,3%);

Surgem ainda como relevantes pelo seu sentido:

- 5) Experiência anterior negativa ( $N=4$ ; 2,7%);
- 6) Falta de conhecimentos maternos sobre amamentação ( $N=3$ ; 2%).

Dos 150 participantes 83 (55,3%) não respondeu à questão.

	Dificuldade2	
	N	%
A anatomia mamária	2	1,3
A prematuridade ou outra patologia	1	,7
A prescrição de leite artificial pelo pediatra	1	,7
Ansiedade materna	1	,7
Após os ensinamentos pedirem LA	1	,7
Baixo nível de confiança das mães	2	1,3
Complicações maternas/neonatais	1	,7
Dificuldade em quantificar o leite ingerido pelo bebé	5	3,3
Dor e desconforto materno	3	2,0
Ingurgitamento mamário	1	,7
Experiência anterior negativa	4	2,7
Falta de conhecimento dos profissionais	1	,7
Falta de conhecimentos maternos sobre amamentação	3	2,0
Falta de consenso na informação dada à mulher	1	,7
Falta de motivação para amamentar	7	4,7
Falta de receptividade materna para aprender	5	3,3
Falta de tempo dos profissionais	14	9,3
Falta de um local apropriado para a amamentação	2	1,3
Intervalos entre as mamadas	1	,7
Na grande prematuridade, período longo até poder ir a mama	1	,7
Não se aplica	5	3,3
O tempo de permanência na urgência é pouco para ajudar em várias mamadas	1	,7
Perda de seguimento/contacto após a alta	1	,7
Posicionamento da mãe durante a mamada	1	,7
O facto do bebé não ser desejado/aceite	1	,7
As mulheres não retêm informação sobre informação relativa a problemas que ainda não aconteceram (ex.: Subida do leite)	1	,7

A maioria dos participantes respondeu que não sabe à pergunta:

*"A instituição/hospital onde trabalha envia para a Direção Geral de Saúde os dados sobre Aleitamento Materno?"*

(N=47; 68,1%)

	DgsRAM	
	N	%
Sim	1	1,4
Não sei	47	68,1
Não	21	30,4
Total	69	100,0

A maioria dos participantes respondeu corretamente à pergunta

*"O HESE-EPE é instituição acreditada Hospital Amigo dos Bebés?"*

(N=53; 76,8%)

	HAB	
	N	%
Sim	4	5,8
Não sei	12	17,4
Não	53	76,8
Total	69	100,0

A grande maioria dos participantes que responderam ao questionário consideram importante o HESE-EPE candidatar-se à Acreditação de Hospital Amigo dos Bebés

(N=57; 89,1%)

	Candidatura a HAB não sim	
	N	%
Não	7	10,9
Sim	57	89,1
Total	64	100,0

Dos participantes que consideram não importante a candidatura do HESE-EPE, apenas 4 justificaram a sua resposta.

As razões apresentam-se na figura ao lado.

	Candidatura a HAB não Por q	
	N	%
Há outras prioridades	1	,7
Porque faltam recursos humanos	2	1,4
Porque o hospital não tem estrutura	1	,7

Entre os participantes que consideram importante a candidatura do HESE-EPE à Acreditação de Hospital Amigo dos Bebés, as razões apontadas com maior expressão foram:

- 1) Promoção do AM/ das vantagens do AM para mães e bebés ( $N=30$ ; 19%);
- 2) Uniformização dos cuidados ( $N=5$ ; 3,3%);
- 3) Certificado de qualidade dos cuidados ( $N=4$ ; 2,7%);
- 4) Melhoria dos cuidados ( $N=4$ ; 2,7%)

	CandidaturaHABsimPq	
	N	%
Certifica as ações de enfermagem para promoção do AM	1	,7
Certificado de qualidade dos cuidados	4	2,7
Melhoria dos cuidados	4	2,7
Para maior incentivo à amamentação materna e troca de experiências entre as mães	1	,7
Porque o aleitamento materno é importante e vantajoso (tudo o que lhe é inerente) e porque se o hospital se candidatasse todas as equipas teriam de prestar cuidados de acordo com as indicações da OMS	1	,7
Porque o AM é importante	1	,7
Promoção da prática da amamentação	1	,7
Promoção da prática da amamentação e um maior sucesso do AM em Portugal	1	,7
Promoção do AM/ das vantagens do AM para mães e bebés	30	19
Promoção do AM e das suas vantagens relativamente ao leite adaptado	1	,7
Promoção do AM e uniformização dos cuidados	1	,7
Trará das vantagens para mães e bebés e satisfação profissional da equipa	1	,7
Uniformização dos cuidados	5	3,3
Total	150	100,0

**Apêndice F: Caracterização da população e amostra das utentes do HESE-EPE no período de [Setembro de 2011 a Setembro de 2012]**

## Caracterização da população beneficiária dos Cuidados de Enfermagem

No HESE-EPE, no período de 1 de Setembro de 2011 a 30 Setembro 2012 ocorreu 1420 partos.

Os partos eutócicos representam 45,3% ( $N=643$ ) de todos os partos realizados no período em estudo. A via baixa foi a via de parto na maioria dos casos ( $N= 833$ ; 58,7%).

O número de Cesarianas representou 41,3% ( $N=587$ ) dos partos ocorridos.

	TipoParto	
	<i>N</i>	%
Eutócico	643	45,3
Ventosa&Fórceps	190	13,4
Cesariana	587	41,3
Total	1420	100,0

A maternidade na adolescência não foi representativa no período estudado

( $N=53$ ; 3,7%).

Por outro lado, a maternidade em idade igual ou superior a 35 anos representou 26,4% dos casos ( $N=375$ ).

Ainda assim, a grande maioria das puérperas ( $N=992$ ; 69,9%) tiveram os seus filhos no intervalo de idade entre os 18 e os 34 anos.

	IdadegruposINE	
	<i>N</i>	%
10-14A	2	,1
15-19A	51	3,6
20-24A	180	12,7
25-29A	342	24,1
30-34A	470	33,1
35-39A	310	21,8
40-44A	65	4,6
Total	1420	100,0

A idade das puérperas oscilou entre 14 e 45 anos. A média da idade materna à data do parto situou-se perto dos 30 anos ( $DP=5,66$ ).

A moda situa-se nos 35 anos

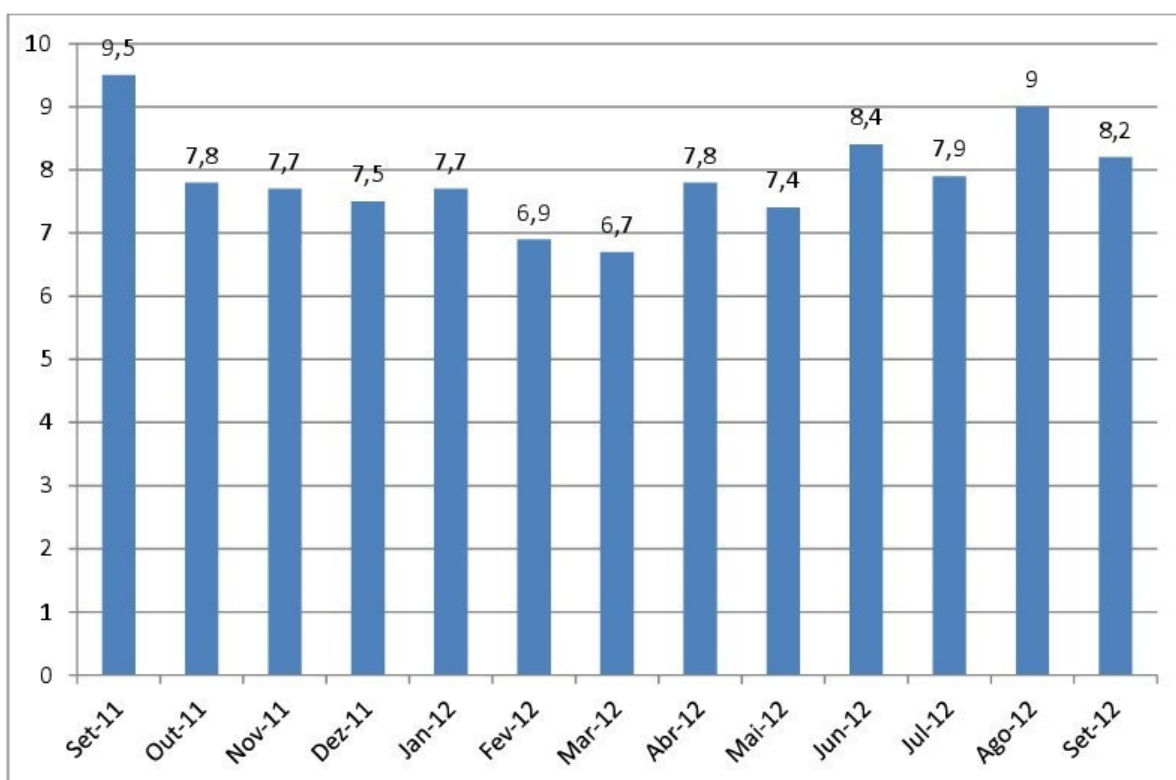
IdadeMãe		
<i>N</i>	Valid	1420
	Missing	0
Mean		30,47
Median		31,00
Mode		35
Std. Deviation		5,656
Minimum		14
Maximum		45

Os meses em que aconteceram mais partos foram, por ordem decrescente:

- 1) Setembro de 2011 ( $N=132$ ; 9,3%);
- 2) Agosto de 2012 ( $N=128$ ; 9%);
- 3) Junho de 2012 ( $N=116$ ; 8,2);
- 4) Setembro de 2012 ( $N=112$ ; 7,9%);
- 5) Julho de 2012 ( $N=110$ ; 7,7%).

	DataParto	
	<i>N</i>	%
SEP-2011	132	9,3
OCT-2011	109	7,7
NOV-2011	107	7,5
DEC-2011	103	7,3
JAN-2012	108	7,6
FEB-2012	87	6,2
MAR-2012	96	6,7
APR-2012	109	7,6
MAY-2012	103	7,3
JUN-2012	116	8,2
JUL-2012	110	7,7
AUG-2012	128	9
SEP-2012	112	7,9
Total	1420	100,0

**Gráfico relativo à distribuição do número de partos ao longo do período estudado**



No que respeita à idade gestacional à data do parto, a mesma oscilou entre 186 (26s+4d) e 295 dias (42s+1d). A média situa-se nos 273 dias (39semanas) (DP=15,05).

IGdias		
N	Valid	1416
	Missing	4
Mean		273,03
Median		276,00
Std. Deviation		15,050
Minimum		186
Maximum		295

Para a maioria das mulheres que tiveram o parto no período em estudo (N=741; 52,7%), este foi o seu primeiro filho. Apenas 34,2% (N=501) das mulheres tiveram no mesmo período o seu segundo filho representando o nascimento do primeiro e/ou segundo filhos 86,9% (N=1242) dos partos. Uma pequena parte das mulheres tiveram o seu terceiro (N=121; 8,5%) e a percentagem que teve mais que três filhos ainda foi mais baixa (N=57; 6,1%).

Embora em pequeno número, 12 utentes (0,99%) apresentaram um passado obstétrico carregado (i.e. três ou mais abortos e/ou três partos pré-termo sem filhos vivos).

	IO	
	N	%
1º Filho (0000; 0010; 0020; 0100; 0110; 0120; 0310)	741	52,2
2º Filho (0101; 0111; 0121; 1001; 1011; 1021; 1031; 1041; 1101; 1121; 2001; 2011)	501	35,3
3º Filho (1002; 1012; 1102; 2002; 2012; 2022; 2032; 2102; 3002)	121	8,5
4º Filho (1103; 2113; 3003; 3013; 3023; 3033)	31	2,2
5º Filho (2114; 4004; 4014; 4024; 5004)	11	0,8
6º Filho (4005; 5005; 5015)	7	0,5
7º Filho (6006; 6026)	5	,4
8º Filho (7007)	1	,1
9º Filho (8008)	1	,1
10º Filho (9009)	1	,1
Total	1420	100,0

A esmagadora maioria dos partos (N=1367; 96,3%) referem-se ao nascimento de RN com Índice de Apgar [IA] ao primeiro minuto  $\geq 7$

	IA Válido	
	N	%
0	52	3,7
1	1367	96,3
Total	1419	100,0

## Caracterização e principais resultados relativos à amostra

Aos dados dos 1420 partos, aplicaram-se os seguintes critérios de Seleção:

- 1) Gravidez de termo
- 2) APGAR ao 1º Minuto  $\geq 7$

Resultaram 1257 casos elegíveis para contato telefónico. A partir destes gerou-se a amostra.

**Amostra:** Seleção aleatória estratificada com repartição proporcional por tipo de parto, gerada no SPSS a partir dos 1257 partos gerando  $n=330$ , dos quais foi possível contactar 315 participantes (taxa de resposta 95,5%).

A grande maioria das utentes que responderam ao inquérito telefónico pertence ao Distrito de Évora ( $n=278$ ; 83,4%).

	Localidade	
	<i>n</i>	%
Concelhos do Distrito de Évora	278	83,4
Amadora	1	,3
Amareleja	3	,9
Arronches	1	,3
Barrancos	1	,3
Beja	1	,3
Campo maior	3	1,0
Casa branca	2	,6
Elvas	1	,3
Granja	3	1,0
Lisboa	2	,6
Montargil	1	,3
Moura	4	1,3
Mourão	7	2,3
Portalegre	1	,3
Proença-a-Nova	1	,3
Santo amador	1	,3
Torral	1	,3
Vidigueira	3	,9
Total	315	100,0

A idade das utentes que responderam ao questionário telefónico tem idades compreendidas entre os 14 e os 45, uma média de aproximadamente 30 anos (DP= 5,7). A Moda situa-se nos 35 anos.

IdadeMãe	
Mean	30,65
Median	31,00
Mode	35
Std. Deviation	5,700
Minimum	14
Maximum	45



Uma percentagem considerável ( $n=88$ ; 27,9%) apresentava à data do parto idade igual ou superior a 35 anos.

A gravidez na adolescência teve na amostra fraca representação ( $n=14$ ; 4,4%).

Apesar da maioria das utentes ter à data do parto entre 20-34 anos ( $n=213$ ; 67,6%) o grupo mais representativo da amostra traduz idade da utente entre 30-34 anos ( $n=104$ ; 33%).

Relativamente ao ano de nascimentos, uma percentagem considerável das utentes ( $n=115$ ; 33,5%) nasceram na década de 60 e 70. Ainda assim, a maioria das utentes nasceram nos anos 80 ( $n=164$ ; 52,1%).

A idade do bebé à data do telefonema variou entre 4 e 17 meses. A média situou-se perto dos 11 meses ( $M=10,78$ ;  $DP= 3,9$ ). A moda situou-se nos 16 meses.

Todas as utentes inquiridas tiveram um parto de termo (após as 37 semanas de gravidez ( $n=315$ ; 100%))

Embora o parto via baixa tenha sido o tipo de parto na maioria dos casos ( $n=185$ ; 58,7%), uma parte importante das utentes inquiridas ( $n=130$ ; 41,3%) teve o parto por Cesariana.

	IdadeGruposINE	
	<i>n</i>	%
10-14 Anos	1	,3
15-19 Anos	13	4,1
20-24 Anos	36	11,4
25-29 Anos	73	23,2
30-34 Anos	104	33,0
35-39 Anos	73	23,2
40-44 Anos	14	4,4
45-49 Anos	1	,3
Total	315	100,0

	AnoNascMãeDécada	
	<i>n</i>	%
Decada 60	4	1,3
Decada 70	111	35,2
Decada 80	164	52,1
Decada 90	36	11,4
Total	315	100,0

IdadeBebéMeses		
<i>n</i>	Valid	315
	Missing	0
Mean		10,778
Median		11,000
Mode		16,0
Std. Deviation		3,8912
Minimum		4,0
Maximum		17,0

	Termo	
	<i>n</i>	%
	315	100,0

	TipoParto	
	<i>n</i>	%
Eutócico	141	44,8
Fórceps	13	4,1
Ventosa	31	9,8
Cesariana	130	41,3
Total	315	100,0

Relativamente ao peso do RN nascidos nos partos das utentes inquiridas, a média situa-se dos 3,250Kg (DP=0,371) e a mediana nos 3,210Kg. O peso mínimo encontrado foi 2,200Kg e o máximo foi 4,300Kg

Peso		
<i>n</i>	Valid	315
	Missing	0
Mean		3,24527
Median		3,21000
Std. Deviation		,370637
Minimum		2,200
Maximum		4,300

De acordo com a classificação de Palminha&Carrilho (2003), relativa ao peso à nascença, a quase totalidade dos RN incluiu-se no grupo dos bebés normossómicos (segundo o autor diz respeito ao peso superior a 2,5Kg e inferior ou igual a 4kg).

	Peso Grupos	
	<i>n</i>	%
Baixo Peso	6	1,9
Normossómico	304	96,5
Macrossómico	5	1,6
Total	315	100,0

Em termos de comprimento à nascença, o valor oscilou entre 42cm e 54cm; a média de comprimento situou-se perto dos 49,5 cm (M=49,4cm; DP=1,83).

A moda situou-se no comprimento de 49 cm.

Comprimento		
<i>n</i>	Valid	315
	Missing	0
Mean		49,414
Median		49,5000
Mode		49,00
Std. Deviation		1,78680
Minimum		42,00
Maximum		54,00

A grande maioria dos bebés nascidos no período em estudo apresentaram um IA ao 1º minuto  $\geq 9$  ( $n=287$ ; 91,1%).

Desses, apresentaram:

- 1) IA 1º min=9 ( $n=201$ ; 63,8%)
- 2) IA 1º=10 ( $n=86$ ; 27,3%)

Ao 5º minuto de vida, a quase totalidade dos RN apresentaram um IA=10 ( $n=302$ ; 95,9%)

	Apgar 1ºM	
	<i>n</i>	%
7	14	4,4
8	14	4,4
9	201	63,8
10	86	27,3
Total	315	100,0
	Apgar 5ºM	
	<i>n</i>	%
9	13	4,1
10	302	95,9
Total	315	100,0
	Apgar 10ºM	
	<i>n</i>	%
10	315	100,0

Todos os RN apresentaram um IA=10 ao 10º minuto de vida ( $n=315$ ; 100%)

A maioria das utentes inquiridas ( $n=210$ ; 66,7%) seguiu a gravidez com um médico Obstetra Particular.

	<b>Segui Gravidez</b>	
	<i>n</i>	%
Hospital	105	33,3
Privado	210	66,7
Total	315	100,0

A maioria das utentes ( $n=222$ ; 70,5%) não fez Curso de Preparação para o Parto na gravidez do filho que deu origem à seleção para inquérito telefónico

	<b>CursoPPParto</b>	
	<i>n</i>	%
Sim	93	29,5
Não	222	70,5
Total	315	100,0

Relativamente às utentes que frequentaram o Curso de Preparação para o Parto, apenas uma ( $n=1$ ; 0,3%) o fez no Hospital. Continua a ser realizado em maior número no privado ( $n=54$ ; 17,1%) mas as percentagens, em comparação com o Centro de Saúde, ( $n=38$ ; 12,1%) são próximas

	<b>CursoPPPonde</b>	
	<i>n</i>	%
	222	70,5
Centro saúde	38	12,1
Hospital	1	,3
Privado	54	17,1
Total	315	100,0

Durante o internamento no Hospital a grande maioria das utentes ( $n=230$ ; 73%) refere ter recebido ensinamentos sobre a temática do AM.

	<b>InternaEnsinoAM</b>	
	<i>n</i>	%
Sim	230	73,0
Não	83	26,3
Não recorda	2	,6
Total	315	100,0

Das 229 participantes a resposta mais representativa quanto ao número de ensinamentos sobre AM de que foram objeto por parte das enfermeiras foi de 3 ensinamentos ( $n=57$ ; 24,9%).

	<b>InternaEnsinoQuantos</b>	
	<i>n</i>	%
1	9	3,9
2	48	21,0
3	57	24,9
4	51	22,3
5	25	10,9
6	16	7,0
7	3	1,3
8	14	6,1
10	5	2,2
15	1	,4
Total	229	100,0

Na esmagadora maioria das utentes ( $n=298$ ; 92,7%) estiveram internadas entre 48-72H após o nascimento do seu filho. A maioria esteve internada 48H ( $n=159$ ; 50,5%).

	Tempo Internamento	
	<i>n</i>	%
1	6	1,9
2	159	50,5
3	133	42,2
4	11	3,5
5	5	1,6
6	1	,3
Total	315	100,0

A quase totalidade das utentes inquiridas ( $n=308$ ; 97,8%) referiu ter intenção, antes do Parto, de alimentar o filho apenas com leite materno.

	B1 Antes Parto AM	
	<i>n</i>	%
Apenas Leite materno	308	97,8
Apenas Leite de fórmula	4	1,3
Combinação AM + Fórmula	3	1,0
Total	315	100,0

Apenas uma utente respondeu que não tentou sequer amamentar o filho após o parto ( $n=1$ ; 0,3%).

	B2 Tentou AM	
	<i>n</i>	%
Sim	314	99,7
Não	1	,3
Total	315	100,0

Metade das utentes inquiridas ( $n=157$ ; 50%) refere ter tentado amamentar o RN dentro da primeira hora após o parto. De seguida o tempo mais frequente é 2 horas após o parto ( $n=122$ ; 38,9%). Uma pequena percentagem das inquiridas ( $n=28$ ; 8,9%) refere ter tentado amamentar o RN na primeira meia hora após o parto.

Tempo (H)	B3 AM dp Nascimento	
	<i>n</i>	%
,5	28	8,9
1,0	157	50,0
1,5	1	,3
2,0	122	38,9
2,5	1	,3
3,0	2	,6
3,5	1	,3
12,0	1	,3
26,0	1	,3
Total	314	100,0

Entre as utentes inquiridas que têm filhos anteriores, 94,4% referem tê-los amamentado ( $n=153$ )

	AM filhos Anteriores	
	<i>n</i>	%
Sim	153	94,4
Não	9	5,6
Total	162	100,0

As inquiridas amamentaram os filhos anteriores em média cerca de 7 meses (DP=6,17). O tempo de AM oscilou entre uma semana (0,25) e 3 anos (36 meses). A moda situa-se nos 4 meses.

AMfilhosAntQtempo		
<i>n</i>	Valid	153
	Missing	162
Mean		7,2173
Median		6,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		6,16833
Minimum		,25
Maximum		36,00

Mais de metade das utentes inquiridas ( $n=89$ ; 58,8%) deixou de amamentar os filhos anteriores nos primeiros seis meses de vida. Ainda assim, a resposta mais representativa foi o desmame até ao primeiro ano de vida ( $n=42$ ; 27,5%).

AMfilhosAntQtempo		
	<i>n</i>	%
Até 1M	14	9,2
Até 2M	12	7,9
Até 3M	17	11,2
Até 4M	18	11,8
Até 5M	12	7,8
Até 6M	16	10,5
Até 1A	42	27,5
Até 18M	16	10,5
24 M	3	2
Até 36M	3	2
Total	153	100,0

Durante a estadia no Hospital, a maioria dos bebés ( $n=239$ ; 75,9%) esteve em AM Exclusivo, 21% ( $n=66$ ) em Aleitamento Misto e uma escassa percentagem ( $n=10$ ; 3,2%) fez Aleitamento Artificial Exclusivo

AlimentoHospital		
	<i>n</i>	%
Aleitamento Materno Exclusivo	239	75,9
Aleitamento Materno e Artificial	66	21,0
Aleitamento Artificial Exclusivo	10	3,2
Total	315	100,0

Em mais de metade dos casos, foi oferecida chupeta ao bebé na primeira semana de vida ( $n=167$ ; 53%)

B7dadaChupeta		
	<i>n</i>	%
Sim	167	53,0
Não	148	47,0
Total	315	100,0

A maioria dos RN que iniciou o uso de chupeta ( $n=159$ ; 61,2%) recebeu-a ainda durante a estadia no Hospital

B8UsoChupeta		
	<i>n</i>	%
Chupeta no Hospital	159	61,2
Chupeta em Casa	101	38,8
Total	260	100,0

A grande maioria dos filhos das inquiridas ( $n=250$ ; 82,5%) usava chupeta à data do telefonema.

	<b>B9UsoChupetaCasa</b>	
	<i>n</i>	%
Sim	250	82,5
Não	53	17,5
Total	303	100,0

77,1% das utentes inquiridas ( $n=242$ ) refere amamentar/ ter amamentado os filhos em regime de livre demanda/a pedido do bebé. 18,5% ( $n=58$ ) refere ter alimentado os filhos em horário fixo. Uma pequena parte ( $n=14$ ; 4,5%) refere ter amamentado o seu filho numa combinação destes regimes

	<b>B10AMhorario</b>	
	<i>n</i>	%
Horário fixo	58	18,5
A pedido	242	77,1
Combinação	14	4,5
Total	314	100,0

Praticamente todas as utentes inquiridas ( $n=312$ ; 99,4%) referiram ter recebido ajuda por parte de uma enfermeira para adaptar o RN à mama na primeira mamada

	<b>B4AMajudaEnf</b>	
	<i>n</i>	%
Sim	312	99,4
Não	2	,6
Total	314	100,0

O mesmo acontece em relação à oferta de fórmulas infantis. 99,4% das utentes ( $n=313$ ) referem não ter recebido qualquer oferta de leite de fórmula.

	<b>B5FormulaEnf</b>	
	<i>n</i>	%
Sim	2	,6
Não	313	99,4
Total	315	100,0

Por outro lado, a quase totalidade das utentes refere não ter recebido informação acerca de recursos disponíveis após a alta relativamente à amamentação ( $n=304$ ; 96,5%)

	<b>B6AMEnfInformação</b>	
	<i>n</i>	%
Sim	11	3,5
Não	304	96,5
Total	315	100,0

No que concerne à introdução do leite de fórmula na alimentação dos bebés, a idade oscilou entre os 0 e os 14 meses. A média de idade em que o bebé iniciou a alimentação com fórmulas infantis ronda os 2,5 meses (2,48) (DP=2,54). A moda de introdução das fórmulas infantis situa-se nos 0 meses, desde o início da alimentação do RN. Considera-se relevante o facto de as fórmulas terem sido introduzidas antes dos 6 meses de idade em 88,1% dos casos ( $n=200$ )

<b>QdFormulaMeses</b>		
<i>n</i>	Valid	227
	Missing	88
Mean		2,4841
Median		2,0000
Mode		,00
Std. Deviation		2,53724
Minimum		,00
Maximum		14,00

Em termos de idade de introdução da fórmula infantil na alimentação dos bebês, as percentagens mais representativas são:

- 1) Antes da primeira semana de vida ( $n=72$ ; 31,7%);
- 2) 3 Meses de vida ( $n=28$ ; 12,3%);
- 3) 4 meses de vida ( $n=24$ ; 10,6).

A introdução de fórmula infantil na alimentação da criança antes dos 6 meses de vida representa a grande maioria dos casos da amostra em estudo ( $n=200$ ; 88,1%).

	QdFormulaMeses	
	<i>n</i>	%
,00	72	31,7
,25	4	1,8
,50	9	4,0
1,00	14	6,2
1,50	7	3,1
2,00	14	6,2
2,50	3	1,3
3,00	28	12,3
3,50	1	,4
4,00	24	10,6
4,50	5	2,2
5,00	19	8,4
6,00	11	4,8
7,00	6	2,6
7,50	1	,4
8,00	5	2,2
9,00	2	,9
10,00	1	,4
14,00	1	,4
Total	227	100,0

No que diz respeito à razão para introdução de fórmula infantil na alimentação do bebê, as mais representativas são:

- 1) Não ficar satisfeito ( $n=59$ ; 26,2%);
- 2) Ter deixado de ter leite ( $n=43$ ; 19,1%);
- 3) Não mamar ( $n=36$ ; 16 %);

Com menor representação mas consideradas relevantes:

- 4) Regresso ao trabalho ( $n=33$ ; 14,7%);
- 5) Não aumento de peso ( $n=30$ ; 13,3%).

	Por que iniciou fórmula infantil	
	<i>n</i>	%
Doença materna	5	2,2
Foi para o colégio	2	,9
Deixou de ter leite	43	19,1
Não mamar	36	16,0
Internamento Neonatologia	4	1,8
Dor a amamentar	1	,4
Perda de peso	4	1,8
Indicação pediatra	3	1,3
Mastite	1	,4
Não aumentava de peso	30	13,3
Não ficava satisfeito	59	26,2
Opção não amamentar	4	1,8
Regresso ao trabalho	33	14,7
Total	225	100,0

Entre as causas mais frequentes para a introdução de mais que leite materno enumeram-se:

- 1) Indicação do pediatra ( $n=77$ ; 24,4%);
- 2) Idade ( $n=64$ ; 20,3%);
- 3) Não ficar satisfeito ( $n=52$ ; 16,5%);

Com menor representação mas consideradas relevantes:

- 4) Não aumento de peso ( $n=29$ ; 9,2%);
- 5) Regresso ao trabalho ( $n=18$ ; 5,7%);
- 6) Ter deixado de ter leite ( $n=14$ ; 4,4%);
- 7) Não pegar bem na mama ( $n=12$ ; 3,8%);
- 8) Não ter tido leite ( $n=8$ ; 2,5%);
- 9) Ter deixado de mamar ( $n=8$ ; 2,5%).

A grande maioria dos RN que iniciou a ingestão de alimentos sólidos ( $n=247$ ; 80,2%) já ingere sopas, papas, fruta e outros alimentos de acordo com a idade.

	SeMaisAMporque	
	<i>n</i>	%
Causa materna	5	1,6
Deixou de mamar	8	2,5
Deixou de ter leite	14	4,4
Dor ao amamentar	1	,3
Foi para o colégio	1	,3
Idade	64	20,3
Indicação do pediatra	77	24,4
Internamento na neonatologia	3	1,0
Intolerância proteína leite de vaca	1	,3
Mastite	1	,3
Não aumentava o peso	29	9,2
Não pegava bem na mama	12	3,8
Não quis amamentar	3	1,0
Não tive leite	8	2,5
Não ficava satisfeito	52	16,5
Necessidade especial	1	,3
Opção materna	1	,3
Perdeu peso	3	1,0
Pouco leite	4	1,3
Regresso ao trabalho	18	5,7
Voltou a estudar	2	,6
Total	315	100,0

	B 12Sólidos	
	<i>n</i>	%
Sopas	3	1,0
Papas lácteas	2	,6
Sopas e papas lácteas	56	18,2
Sopa, papa, fruta e outros	247	80,2
Total	308	100,0



71,2% dos bebés ( $n=220$ ) que iniciaram a alimentação sólida fizeram-nos aos 4 meses de idade. 92,2% ( $n=285$ ) dos bebés iniciaram a alimentação de sólidos antes dos 6 meses de vida

	<b>B12SólidosTempo</b>	
	<i>n</i>	%
3,0	5	1,6
3,5	14	4,5
4,0	220	71,2
4,5	11	3,6
5,0	32	10,4
5,5	3	1,0
6,0	21	6,8
7,0	3	1,0
Total	309	100,0

A idade em que os alimentos sólidos foram introduzidos variou entre os 3 e os 7 meses. A média situou-se nos 4,3 meses (DP= 0,67). A moda situa-se nos 4 meses de idade

<b>B12SólidosTempo</b>		
<i>n</i>	Valid	309
	Missing	6
Mean		4,262
Median		4,000
Mode		4,0
Std. Deviation		,6736
Minimum		3,0
Maximum		7,0

74,6% dos filhos das utentes inquiridas ( $n=235$ ) ainda mamavam à data do telefonema

	<b>B13AMainda</b>	
	<i>n</i>	%
sim	80	25,4
não	235	74,6
Total	315	100,0

Relativamente à idade com que o bebé deixou de ser amamentado, variou entre o nascimento e os 13 meses de idade. A média foi de cerca de 4 meses (M= 4,21; DP=2,98) A moda também se situou nos 4 meses

<b>B14AMquandoParou</b>		
<i>n</i>	Valid	235
	Missing	80
Mean		4,2100
Median		4,0000
Mode		4,00
Std. Deviation		2,98260
Minimum		,00
Maximum		13,00

Em termos da idade em que o bebé deixou de ser alimentado com leite materno (ao peito ou oferecido após extração, independentemente de ser em regime exclusivo ou misto), as idades mais significativas foram:

- 1) 4 Meses de vida ( $n=33$ ; 14%);
- 2) 6 Meses de vida ( $n=29$ ; 12,3%);
- 3) 1 Mês de vida ( $n=20$ ; 8,5%)

Considerou-se digno de referência que a maioria dos bebés deixou de ser alimentada com qualquer quantidade de leite materno antes dos seis meses ( $n=157$ ; 66,8%). Por outro lado também a percentagem de bebés que deixaram de ser amamentados dentro do primeiro mês de vida se considerou representativa ( $n=52$ ; 22,1%).

	<b>B14AMquandoParou</b>	
	<i>n</i>	%
,00	12	5,1
,25	6	2,6
,50	14	6
1,00	20	8,5
1,50	4	1,7
2,00	19	8,1
2,50	6	2,6
3,00	19	8,1
3,50	1	,4
4,00	33	14
4,50	2	,9
5,00	20	8,5
5,50	1	,4
6,00	29	12,3
7,00	18	7,7
7,50	2	,9
8,00	10	4,3
9,00	6	2,6
10,00	4	1,7
11,00	4	1,7
12,00	3	1,3
13,00	2	,9
Total	236	100,0

A maioria das utentes inquiridas ( $n=240$ ; 76,2%) encontrava-se a usar algum método contraceptivo à data do telefonema.

	<b>B15Contraceção</b>	
	<i>n</i>	%
Sim	240	76,2
Não	75	23,8
Total	315	100,0

A maioria das utentes encontrava-se atualmente a tomar a pilula oral combinada como método contraceptivo ( $n=162$ ; 51,4%) à data do telefonema. A percentagem é ainda mais representativa se for considerado uso de pilula contraceptiva em geral, seja para proteger de uma nova gravidez durante a amamentação ou depois do desmame ( $n=194$ ; 61,6%).

Uma pequena parte ( $n=45$ ; 14,3%) não se apresentava, no momento, a usar qualquer método contraceptivo.

	<b>Contraceção Qual</b>	
	<i>n</i>	%
	45	14,3
Anel vaginal	2	,6
Cerazette	32	10,2
DIU	12	3,8
Implante	18	5,7
Laqueação	30	9,5
Pilula	162	51,4
Preservativo	14	4,4
Total	315	100,0

A maioria das utentes refere ter tomado a pilula da amamentação, após o parto ( $n=172$ ; 54,6%), 24,8% ( $n=78$ ) não fez qualquer métodos contraceptivo após o parto e 14% refere ter tomado a pilula oral combinada ( $n=44$ ; 14%) Uma pequena parte refere ter optado pelo uso de preservativo ( $n=14$ ; 4,4%).

	ContraceçãoDpParto	
	<i>n</i>	%
	78	24,8
Cerazette	172	54,6
DIU	5	1,6
Implante	2	,6
Pilula	44	14,0
Preservativo	14	4,4
Total	315	100,0

## **Apêndice G: Descrição dos passos de pesquisa bibliográfica**

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

### 1º Passo da Pesquisa em Bases de Dados: via Ordem dos Enfermeiros

Acedeu-se à página da Ordem dos Enfermeiros e procedeu-se da seguinte forma: palavras-chave e operadores booleanos: Breast-feeding & Language: Portuguese; limites: Jan 2009-Dez 2013 & Texto completo, em cinco Bases de dados conforme se documenta na figura abaixo. Como se comprova e retirando as repetições, encontram-se cinco estudos, mas todos realizados no Brasil, fato pelo qual se rejeitaram.

Base de dados	Limites: Jan 2009-Dez2013 & Texto completo	Palavras-Chave: Breast-feeding & Language: Portuguese
CINAHL Plus with Full Text	<b>Resultados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Barbosa, N., &amp; Machado da, M. (2010). Breastfeeding in Anapolis: family health program awareness and practices. [Portuguese]. <i>Revista De Atenção Primária À Saúde</i>, 13(4), 445-455.</li> <li>Montrone, A., Fabbro, M., &amp; Bernasconi, P. (2009). Breastfeeding support group with community-dwelling women: experience report [Portuguese]. <i>Revista De Atenção Primária À Saúde</i>, 12(3), 357-362.</li> <li>Ceron, D., Fernanda, Maria, &amp; Teresinha. (2012). The effect of breastfeeding promotion interventions on the duration of breastfeeding in two consecutive children [Portuguese]. <i>Revista Eletrônica De Enfermagem</i>, 14(2), 345-354.</li> </ol>
MEDLINE with Full Text		<ol style="list-style-type: none"> <li>Barbosa, N., &amp; Machado da, M. (2010). Breastfeeding in Anapolis: family health program awareness and practices. [Portuguese]. <i>Revista De Atenção Primária À Saúde</i>, 13(4), 445-455.</li> <li>Montrone, A., Fabbro, M., &amp; Bernasconi, P. (2009). Breastfeeding support group with community-dwelling women: experience report [Portuguese]. <i>Revista De Atenção Primária À Saúde</i>, 12(3), 357-362.</li> </ol>
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive		<ol style="list-style-type: none"> <li>Oriá, M. B., Ximenes, L. B., De Almeida, P. C., Glick, D. F., &amp; Demis, C. (2009). Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. <i>Public Health Nursing</i>, 26(6), 574-583. doi:10.1111/j.1525-1446.2009.00817.x</li> </ol>
MedicLatina		<ol style="list-style-type: none"> <li>Osorio Castaño, J., &amp; Botero Ortiz, B. (2012). Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. <i>Investigacion &amp; Educacion En Enfermeria</i>, 30(3), 390-397.</li> </ol>
Cochrane Database of Systematic Reviews		No results were found

### 2º Passo da Pesquisa em Bases de Dados: via Google Scholar

Realizou-se nova pesquisa no Google Scholar (<http://scholar.google.pt/>), inserindo as palavras-chave: "Aleitamento materno" & Portugal & "Hospitais Amigos dos Bebés", os limites de tempo: 2009-2013 e "paginas em português". Identificaram-se quatro páginas. Nessas quatro páginas, procuraram-se os artigos em texto completo conforme se documenta na figura abaixo apresentada. Dos artigos encontrados rejeitaram-se na 1ª fase 18 artigos por não corresponderem ao nível desejado, já que se encontravam nas

categorias de trabalhos académicos com fins de obtenção de licenciatura ou pós-graduação, por ilegibilidade, por não serem *posters* científicos etc. Nos 6 restantes procedeu-se à leitura do *Abstract*. Constatou-se que se referiam a artigos de revisão de literatura ou estudos relativos a fatores de influencia nas taxas de AM mas por não se referirem concretamente a programas de intervenção no contexto do projeto (i.e. estudos de avaliação da IHAB) foram rejeitados 4 ficando apenas dois para consulta.

BD	Tipo & Critério	Textos encontrados
Google Scholar	Rejeitado por não falar da IHAB	Rebimbas, S. Pinto, C. & Pinto, R. (2010). Aleitamento Materno Análise da Situação num Meio Semi-urbano. <i>Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia</i> . XIX (2). 68-73
	Rejeitado não falar do assunto	Natal, S. & Martins, R. (2011). <i>Millenium</i> , ISSN-e 1647-662X. (40). 39-51.
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Dores, D. (2011). Conhecimento e promoção do aleitamento materno pelos alunos de Enfermagem
	Poster científico Aceite	Alarcão, V., Simões, R., Lavado, J., Nunes, L. Miranda, F., Fernandes, M. e Nicola, P. (sd) <i>Estudo da Prevalência e Determinantes do Aleitamento Materno em Portugal. Poster Científico</i>
	PowerPoint Rejeitado por não acessibilidade de leitura do texto completo	Lavado, J. (sd) Factors of successful Breastfeeding in Portugal: Exploring the effect of Maternity-Care Practices.
	Dissertação de Graduação Rejeitado	Mendes, E. (2012). <i>Evolução do Aleitamento Materno em Portugal</i>
Google Scholar	Poster informativo Rejeitado	Neves, M.
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Correia, A. (2009). Aleitamento materno como fator preventivo da obesidade. Universidade do Porto
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Santos, M. (2010). Alimentação no primeiro ano de vida: hábitos de aleitamento e de diversificação alimentar. Universidade Atlântica
	Poster científico em Atas de Jornadas. Rejeitado por não acessibilidade na leitura	Sim-Sim, M., Saruga, C. & Marques, M. (2010). Perceção de Sucesso no Aleitamento Materno & Satisfação com os Cuidados de Enfermagem. Universidade de Évora
	Acessível só <i>abstract</i> Rejeitado	Sim-Sim, M. (2010). Aleitamento Materno. Painel. Universidade de Évora
	Dissertação de Graduação Rejeitado	Fernandes, E., Barreto, N. & Neiva, S. (2010). Estudo correlacional sobre a influência, durante a vigilância da gravidez, EESMO na prática do AM
	Abstract de Atas de Congresso Rejeitado	Leal, I. & Rocha, M. A amamentação: uma revisão teórica e empírica. Universidade do Porto

BD	Tipo & Critério	Textos encontrados (continuação)
Google Scholar	Resumo de apresentação em Congresso Rejeitado por não falar da IHAB	Pedroso, R. & Galvão, D. (2012). Amamentação em mulheres trabalhadoras inscritas em Unidades de saúde em meio urbano e rural. Escola Superior de Enfermagem. Coimbra
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Junqueira, V. (2011). Aleitamento Materno: fatores de abandono. Universidade Fernando Pessoa
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Silva, C. (2011). Perceção dos alunos de 4ºano do Curso de Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre a amamentação. Universidade Fernando Pessoa
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Sousa, C. (2009). O Conhecimento dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno. Universidade Fernando Pessoa
	Aceite	Galvão, D. (2011). Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. Revista Brasileira de Enfermagem 64 (2) 308-314
	Rejeitado não fala do assunto	Aparício, G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Rodrigues, A. (2009). Aleitamento materno e parâmetros antropométricos na infância. Universidade do Porto
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Monteiro, J. (2009). Conhecimento das mães que amamentam acerca da influência do uso da chupeta na amamentação. Universidade Fernando Pessoa
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Almeida, T. (2011). O conhecimento das grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a Amamentação. Universidade Fernando Pessoa
	Dissertação de Graduação Rejeitado	Brás, C. (2011). Intenção da grávida para amamentar. ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Costa, M. & Bárcia, S. (2012). Grau de Autoconfiança das Mães no período da Amamentação. Universidade Atlântica
	Trabalho de Licenciatura Rejeitado	Duarte, J. (2009). Amamentação e má oclusão de classe II divisão 1. Universidade Fernando Pessoa

### 3º Passo da Pesquisa em Bases de Dados: via Google Scholar

Realizou-se nova pesquisa no Google Scholar (<http://scholar.google.pt/>), inserindo as palavras-chave: "Aleitamento materno" & Incidência & "Hospitais Amigos dos Bebés", os limites de tempo: 2009-2013 e "paginas em português. Encontram-se 3 páginas, mas todos os estudos repetiam anteriores. Resultado semelhante se encontrou quando o termo Incidência foi substituído por Prevalência.

#### 4º Passo da Pesquisa em Bases de Dados: via Cochrane Systematic Review

Optou-se então por esta base de dados, através do Site da Ordem dos Enfermeiros.

Consideraram-se as palavras- Chave: “Breast-feeding”. Foram identificados 7 estudos relacionados com o assunto:

Base de dados	Limites: Jan 2009-Dez2013 & Texto completo	Palavras-Chave: Breast-feeding
Cochrane Systematic Review	Resultados	Lumbiganon, P. (2012). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. <i>Cochrane Database Of Systematic Reviews</i> , (9)
		Jahanfar, S. (2012). Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. <i>Cochrane Database Of Systematic Reviews</i> , (2),
		Becker, G. (2011). Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. <i>Cochrane Database Of Systematic Reviews</i> , (12),
		Crowe, L. (2012). Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation. <i>Cochrane Database Of Systematic Reviews</i> , (4),
		Crepinsek, M. (2012). Interventions for preventing mastitis after childbirth. <i>Cochrane Database Of Systematic Reviews</i> , (10),
		Jaafar, S. (2012). Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. <i>Cochrane Database Of Systematic Reviews</i> , (9),
		Delgado-Noguera, M. (2013). Supplementation with long chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFA) to breastfeeding mothers for improving child growth and development. <i>Cochrane Database Of Systematic Reviews</i> , (2),

#### 5º Passo da Pesquisa: Recuperação de estudos utilizados em desenho anterior

Efetou-se pesquisa de estudos científicos nas bases de dados utilizando os descritores em Inglês: exclusive breastfeeding; baby friendly hospital initiative; nursing care, maternal health services, conjugados entre si pelo operador Boleano [AND]. Apresenta-se seguidamente o desenho de pesquisa na figura seguinte:





## **Apêndice H: Síntese de Estudos sobre a IHAB**

## Estudos sobre a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebês – Quadro síntese

Data	Autor	Amostra-Sujeitos	Instrumentos	Principais Resultados
<b>1993</b>	Perez, A. & Valdez, V.	Não acessível para leitura do texto completo; Autores citados por Lamounier (1996)		As taxas de AME aumentaram de 32% para 67% após a implementação da iniciativa HAB; A prevalência de AME nos primeiros seis meses foi de 66,8% contra 23,3% respectivamente.
<b>2001</b>	Cattaneo A, Buzzetti R.	571 profissionais treinados com curso de 20h da OMS/UNICEF; 2669 pares mães-bebê	Escala de conhecimento para os profissionais; Avaliação das taxas de AM.	A pontuação relativa aos conhecimentos dos profissionais aumentou significativamente após o treino; As taxas de aleitamento aumentaram significativamente: AME à data de alta subiu de 41% para 77% no grupo 1 e de 23% para 73% no grupo 2; AME e AM predominantes aos três meses (37% para 50% no grupo 1 e de 40% para 59% no grupo 2); AM aos seis meses (43% a 62% no grupo 1 e de 41% para 64% no grupo 2); O modelo de Formação para pelo menos três dias, com um curso, incluindo aulas práticas e competências de aconselhamento é eficaz na mudança de práticas hospitalares, no que respeita às taxas de conhecimento dos profissionais de saúde e de AM.
<b>2001</b>	Kramer, M., Chalmers, B., Hodnett, E., Sevkovskaya Z., Dzikovich I., Shapiro S., Collet J., Vanlovich I. et al (PROBIT Study Group - Promotion of Breastfeeding Intervention Trial)	16491 Pares mãe-bebê de 31 maternidades e clínicas da república de Belarus	Ensaio de grupo randomizado	Comparando os dois grupos de maternidades (16 maternidades receberam treino dos profissionais de acordo com a IHAB e 15, de controlo, não receberam qualquer intervenção de promoção do AM) as crianças nascidas nas maternidades sujeitas a treino profissional mostraram maior propensão para:  - Ser amamentados em todos os regimes durante os 12 meses de avaliação (19,7% vs 11,45%); - Ser amamentadas exclusivamente aos 3 meses (43,3% vs 6,4% no grupo controlo) e aos 6 meses (7,9% vs 0,6% no grupo controlo); - Diminuição do risco de uma ou mais infeções do trato gastrointestinal (9,1% vs grupo controlo 13,2%) e de eczema atópico (3,3% vs grupo controlo 6,3%) mas não se encontrou redução significativa quanto a infeções respiratórias (39,2% vs grupo controlo 39,4%).

<p><b>2003</b></p>	<p>Braun, M., Giugliani, E., Soares, M., Giugliani, C., Oliveira, A. &amp; Danelon, C.</p>	<p>Estudo observacional prospectivo de 2 coortes de bebês nascidos em Hospitais e Clínicas de Porto Alegre, Brasil num total de 437</p>	<p>Entrevistas realizadas presencialmente na maternidade e via telefônica ao fim de 1, 2, 4 e 6 meses pós-parto.</p>	<p>Verificou-se um aumento significativo nas taxas de AM e AME traduzido no aumento da duração média do AME de um para dois meses (antes e após a implementação da iniciativa, respectivamente); A IHAB, aumentou significativamente as referidas taxas com especial destaque para as classes sociais mais desfavorecidas, que à semelhança de outros estudos referidos pelos autores é sempre onde se nota uma maior expressão dos resultados encontrados em termos de AM; Referem que ainda que a iniciativa tenha contribuído para maiores taxas de AM no início e nos primeiros dias de vida, os resultados para os primeiros seis meses continuam baixos. Nesse sentido recomendam que se de especial atenção à implementação do 10º Passo proposto pela iniciativa, de forma que o apoio após a alta ajude a manter o AME.</p>
<p><b>2003</b></p>	<p>Dulon, Kersting e Bender</p>	<p>1487 pares mãe-bebê de 177 hospitais</p>	<p>Questionário Postal</p>	<p>Nascer em hospitais com baixos índices de promoção do AM foi associado a um maior risco de amamentação com curta duração; A estadia de 5 dias de internamento pode ser muito curta para estabelecer a amamentação com sucesso; As taxas de iniciação do AM baixam rapidamente algumas semanas após o parto pelo que um suporte multidisciplinar alargado poderá ajudar a manter a amamentação após a alta; A promoção do AM não foi associada com o início precoce da amamentação mas encontrou-se associação significativa com a duração do aleitamento materno aos 4 e 6 meses;</p>
<p><b>2005</b></p>	<p>Broadfoot, Britten, Tappin &amp; MacKenzie</p>	<p>Analisou-se o tipo de alimentação de 445 623 bebês</p>	<p>Recolha de informação através dos boletins do teste do pézinho;</p>	<p>Nascer num hospital credenciado, aumenta a hipótese de começar a ser amamentado mais cedo e da mesma se manter no tempo; A probabilidade de AME aos sete dias de vida, para quem nasce num HAB é cerca de 28% superior; As taxas de AM aumentaram mais rapidamente (cerca de 3,4%) em HAB;</p>
<p><b>2005</b></p>	<p>Hofvander, Y.</p>	<p>Não acessível para leitura completa. Pelo interesse, referimo-nos apenas à informação recolhida através da leitura do <i>abstract</i></p>		<p>A IHAB foi iniciada nos hospitais da Suécia em 1993. Quatro anos mais tarde, todas as 65 maternidades eram já acreditadas como "Hospital Amigo dos Bebês". Concomitantemente com isso, a taxa de AM aos seis meses passou de 50% para 73% a nível nacional.</p>

<p><b>2005</b></p>	<p>Coutinho, Cabral de Lira, De Carvalho Lima e Ashworth</p>	<p>350 mães divididas em dois grupos, em que um recebeu visitas domiciliares pós-parto e outro não; Dois hospitais de Pernambuco (Brasil) foram treinados de acordo com a IHAB</p>	<p>Ensaio clínico randomizado</p>	<p>A intervenção de treino realizada nos hospitais alcançou taxas de 70% de AME durante o internamento, mas essa taxa diminuiu bastante, considerando que aos 10 dias de vida apenas 30% das crianças se mantinham em AME; Os padrões de AME entre os grupos diferiram significativamente no período de 10 a 180 dias pós parto: o grupo que recebeu visitas domiciliares apresentou uma prevalência média de 45% contra 13% no grupo que não recebeu visitas; A IHAB consegue proporcionar taxas de AME elevadas durante o internamento mas essas taxas descem rapidamente após a alta. Sugerem que sejam repensadas estratégias no sentido de combinar as práticas hospitalares com recursos na comunidade.</p>
<p><b>2006</b></p>	<p>Bartington, Griffiths, Tate, Dezateux, &amp; Millennium Cohort Study Child Health Group</p>	<p>Mães de 17 359 crianças únicas nos 4 países do Reino Unido</p>	<p>Análise de relatos maternos do início da amamentação e prevalência de qualquer amamentação ao fim de uml mês</p>	<p>As mães que tiveram os filhos em HAB apresentavam-se mais propensas a iniciar o AM quando comparadas com aquelas que tiveram os filhos em hospitais sem acreditação; no entanto esse facto não as tornou mais propensas a amamentar relativamente ao primeiro mês de vida; A implementação da IHAB, de forma isolada é incapaz de ser efetiva na extensão da duração do aleitamento materno se a esta não for associado um sistema de apoio após a alta; Referem um estudo realizado em Itália, o qual encontrou um aumento nas taxas de aleitamento materno no momento da alta, com um rápido decréscimo após deixarem o Hospital; É importante incentivar as maternidades a aderir à Iniciativa e a prestar cuidados de acordo com os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, já que tem benefício comprovado no início da amamentação; no entanto, não depende das condutas da maternidade, a duração do AM.</p>
<p><b>2007</b></p>	<p>Caldeira, A. e Gonçalves, E.</p>	<p>Amostra aleatória estratificada constituída por 1514 crianças</p>	<p>Formulário de Entrevista semi-estruturada com respostas curtas e rápidas. Colheita de dados relativos à alimentação das crianças nas ultimas 48H</p>	<p>A IHAB ofereceu um contributo positivo: Após a implementação da IHAC, a mediana do AM subiu de 27 dias para 3,5 meses e a curva de AME mais AM predominante subiu de 120 para 151 dias no mesmo período. Verificou-se ainda um aumento da mediana referente ao AM em geral, de 8,9 para 11,6 meses; Apesar da atitude das maternidades no sentido do incentivo ao AM, estes indicadores são tão mais favorecidos quanto o número de instituições sociais envolvidas, referindo a importância dos passos 3 (educação pré-natal), 5 (ajudar as mães a amamentar) e 10 (apoio contínuo após a alta).</p>

2008	Silva, M., Albernaz, E., Mascarenhas, M. & Silveira, R.	Estudo quase experimental aninhado a uma coorte 973 binómios mãe-bebé	Entrevista materna na Triagem hospitalar e visita domiciliar ao primeiro, terceiro e sexto mês de vida do bebé	Os investigadores referem que o facto de nascer em hospitais que não adotam o programa da IHAC aparece associado a um maior risco de não ser dado incentivo às mães para o aleitamento, dos bebés não iniciarem o AM dentro da primeira hora de vida (aspecto estreitamente associado à instalação mais eficaz e ao aumento da duração do AM) e de receberem chupeta e/ou chá durante o período de internamento. A taxa de prevalência do AME ao fim de um mês foi 60% e encontraram associação negativa entre o uso de chupeta e a ausência de AME no mesmo período.
2009	Abrahams & Labbok	14 países	Pesquisas dos índices de AM e AME em, antes e depois da implementação da IHAB	A implementação da IHAB foi associada a um aumento anual significativo das taxas de aleitamento materno entre crianças com idades de 0-2 meses e de 0-6 meses nos 14 países estudados; No entanto não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando comparadas com as taxas de AM pré-implementação do programa IHAB. Os autores consideram que o tamanho reduzido da amostra estudada pode ter contribuído para este achado.
2010	GrKovic, Z. & Burnmaz, T.	424 profissionais de saúde pré-curso e 308 profissionais pós-curso	Questionário anónimo “The Iowa Infant Feeding Attitude Scale”	Os resultados encontrados através da aplicação do instrumento antes e depois da realização do curso de 20Horas desenvolvido pela OMS/UNICEF sugerem que este modelo de formação revelou-se como uma forma efetiva de melhorar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais em relação ao tema do AM.
2011	DiFrisco, E., Goodman, K., Budin, W., Lilienthal, M., Kleinman, A. & Holmes, B.	Amostra de conveniência de mães a amamentar à data da alta, AME ou Aleitamento Misto num total de 113	Questionário respondido via telefónica ou via online, conforme preferência materna	As crianças que mamam na primeira hora de vida apresentam maior probabilidade de estar em AME entre 2 a 4 semanas pós-parto; facto associado como mais provável entre mulheres que tiveram partos vaginais, em comparação com aquelas que foram submetidas a Cesariana; Adotar as práticas definidas pelos “10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, também podem aumentar a duração do AME após o parto. Recomendam, neste sentido, que os hospitais facilitem as práticas relacionadas com o contacto pele a pele e o alojamento conjunto após o nascimento.
2011	Sampaio, Moraes, Reichenheim, Oliveira & Lobato	Seleção aleatória de amostra constituída por 811 mães de bebés com menos de 5 meses	Entrevista presencial em cinco centros de saúde na sala de espera	O nascimento em HAB ou Em Vias de ser Hospital Amigo da Criança [EVHAC] aumentava a probabilidade da criança permanecer em AME ao longo do período em que decorreu o estudo; Também encontraram nestes hospitais, taxas de AME cerca de duas vezes maiores nos primeiros dias depois do nascimento quando comparados com os hospitais que não têm nenhum dos títulos. Os resultados parecem ser mais significativos nos primeiros 15 dias, mas mantiveram-se durante o período em estudo; A IHAC parece ter dado um contributo importante para as práticas de proteção ao AM no nascimento e nos primeiros meses de vida, pelo que os resultados justificam o investimento na implementação da iniciativa ao maior número de hospitais possível.

**Apêndice I: Instrumentos aplicados à população alvo [1º e 2º Tempo]**

## Apresentação

Convido-a a participar neste estudo sobre Aleitamento Materno que me encontro a realizar na qualidade de Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna na Universidade de Évora. O **objetivo do estudo** é descrever as atitudes, experiências pessoais e profissionais que os Enfermeiros possuem sobre Aleitamento Materno.

O estudo está enquadrado no Projeto de Mestrado, foi aceite pelos órgãos académicos e é orientado por Professora da Universidade de Évora. Foi também sujeito a apreciação na hierarquia da instituição hospitalar com parecer positivo.

Por favor, responda logo quando receber o questionário para não se perder a oportunidade de colher os seus dados. Leva aproximadamente 20 m. Ao terminar o preenchimento entregue-o, por favor, à Srª Enfª-Chefe.

Muito obrigada pela sua participação

*Ana Sofia Martins Proença*

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo,  se concorda com as frases seguintes:

*Declaro que compreendi as intenções deste questionário, permito o uso dos dados e disponho-me a participar. Compreendo que as datas de nascimento seguintes se destinam à codificação, para que seja possível seguir o meu caso, sem que o meu nome seja conhecido.*

Sua data de nascimento ____/____/____	Data de nascimento da sua mãe ____/____/____
--	---

Data de preenchimento deste questionário \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Secção 1: Caracterização Profissional

Por favor, assinale com um  no  opção do seu caso ou escreva o que melhor descreve sua situação

### 1. Na sua atividade profissional principal qual é a área de prestação de cuidados?

- 1.Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
- 2.Unidade de Internamento de Pediatria
- 3.Serviço de Urgência Pediátrica
- 4.Serviço de Consulta Externa de Saúde Materna
- 5.Serviço de Obstetrícia
- 6.Serviço de Consulta Externa

### 2. Há quanto tempo é enfermeira?

\_\_\_\_\_

### 4. Na sua atividade, qual a sua categoria profissional?

- 1.Enfermeira (o) nível 1
- 2.Enfermeira (o) Graduada (o)
- 3.Enfermeira (o) Especialista
- 4.Enfermeira (o) Chefe

### 5. Há quanto tempo trabalha em ambiente de cuidados a recém-nascidos/lactantes e pais? (Se tem experiência em serviços de Pediatria, Saúde Infantil em Centro de Saúde some os anos/meses)

\_\_\_\_\_

### 6. Que as suas Habilitações (Assinale todas as que se aplicam)?

- 1. Curso Base (Licenciatura/ Bacharelato)
- 2. Cursos de Formação Contínua
- 3. Pós-Graduação
- 4. Mestrado
- 5. Doutoramento
- 6. Outro (Especifique)

### 7. Fez formação específica em Amamentação?

- 1.Sim \_\_\_\_\_ 2.Não \_\_\_\_\_

### 8. Se fez formação em Amamentação, qual?

\_\_\_\_\_

### 9. Que qualificação profissional especializada possui na sua área de prática (Assinale todas as que se aplicam)?

- 1.Especialização em Obstetrícia
- 2.Especialização em Pediatria
- 3.Especialização em Neonatologia
- 4.Especialização em Saúde Infantil
- 5.Consultor (a) de Lactação
- 6.Outro (Especifique)

### 10. Quais têm sido os recursos por si usados para obter conhecimento sobre Aleitamento Materno (Assinale todos os que se aplicam)?

- 1.Experiência Pessoal
- 2. Curso de Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
- 3. Curso Aconselhamento em Amamentação
- 4. Leitura de Jornais Profissionais
- 5. Colegas de Profissão
- 6. Cursos pré-graduados
- 7. Outros (Especifique) \_\_\_\_\_

## Secção 2: Caracterização pessoal

### 11. Tem filhos?

- 1.Sim \_\_\_\_\_ 2.Não \_\_\_\_\_

### 12. Se tem filhos, quantos? \_\_\_\_\_

### 13. Sexo dos seus filhos?

Quantos Masculino \_\_\_\_\_

Quantos Feminino \_\_\_\_\_

### 14. Se tem filhos, quantos amamentou?

\_\_\_\_\_

### 15. Se tem filhos quantos não amamentou?

\_\_\_\_\_

### 16. Se amamentou algum dos seus filhos, qual foi a duração máxima em tempo?

\_\_\_\_\_

### 17. Se não amamentou algum dos seus filhos, qual a razão principal?

\_\_\_\_\_

### 18. Se amamentou, considera a sua experiência global com o:

1. Positiva \_\_\_\_\_ ; 2. Negativa \_\_\_\_\_

### 19. Se amamentou, o seu emprego facilitou o horário de aleitamento?

1. Nunca \_\_\_\_\_ ; 2. Algumas Vezes \_\_\_\_\_ ; 3. Muitas Vezes \_\_\_\_\_ 4. Sempre \_\_\_\_\_

### 20. Você foi amamentada pela sua mãe?

- 0. Não
- 1. Sim

### 21. Se foi amamentada pela sua mãe

Quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Não sabe



### Secção 3: Informação em Aleitamento Materno [McLaughlin, 2010]

Por favor indique a sua resposta às seguintes afirmações assinalando com um círculo O a posição que melhor descreve a sua opinião

	Concordo Totalmente	Concordo	Indecisa	Discordo	Discordo Totalmente
1. O Aleitamento Materno é a melhor fonte de nutrição para a criança	1	2	3	4	5
2. A maioria das fórmulas infantis são nutricionalmente equivalentes ao leite materno	1	2	3	4	5
3. As mães não obtêm nenhum benefício em amamentar	1	2	3	4	5
4. Bebés amamentados recebem todos os nutrientes necessários a partir do leite materno até aos seis meses	1	2	3	4	5
5. Cada mamada não deve demorar mais que meia hora	1	2	3	4	5
6. Os alimentos sólidos devem ser introduzidos aos 4 meses de idade	1	2	3	4	5
7. A avaliação do peso antes e depois da mamada, com a mesma roupa, dá-nos uma clara indicação do leite materno que o bebé recebe	1	2	3	4	5
8. O melhor regime de amamentação é a livre demanda/ a pedido do bebé?	1	2	3	4	5
9. Deve ser oferecida água ao bebé com menos de 6 meses, se a hidratação for uma preocupação	1	2	3	4	5
10. O leite materno aumenta a imunidade dos recém-nascidos	1	2	3	4	5
11. A amamentação ajuda a proteger a criança contra a resposta alérgica provocada por alergias de origem proteica	1	2	3	4	5
12. A amamentação ajuda a prevenir otites do ouvido médio	1	2	3	4	5
13. A amamentação surge naturalmente tanto para a mãe como para o bebé	1	2	3	4	5
14. A pega correta do bebé à mama é importante para o sucesso do aleitamento materno	1	2	3	4	5
15. O bebé deve ter o máximo de aréola possível dentro da boca para uma correta posição na mamada	1	2	3	4	5
16. Um som audível da deglutição é um sinal de que o bebé está a receber leite materno da mama	1	2	3	4	5
17. Uma boa pega é conseguida e o leite materno recebido pelo bebé quando o movimento da mandíbula é lenta, profunda e rítmica	1	2	3	4	5
18. Tetinas ou chupetas podem provocar confusão dos mamilos	1	2	3	4	5
19. Suplementos de leite artificial não influenciam no sucesso da amamentação durante as primeiras semanas de vida	1	2	3	4	5
20. O leite materno é igual para um bebé prematuro, de termo ou com seis meses de idade	1	2	3	4	5
21. A produção de leite materno é regulada pela estimulação do mamilo e pela extração do leite	1	2	3	4	5
22. O leite materno muda para se adaptar às necessidades do bebé, quer seja prematuro, de termo ou de 12 meses	1	2	3	4	5
23. A produção de leite materno depende das hormonas progesterona e ocitocina	1	2	3	4	5
24. A prolactina é a hormona que controla a produção de leite e a ocitocina ajuda na secreção do mesmo	1	2	3	4	5

### Secção 4: Aleitamento Materno no caso da criança hospitalizada [McLaughlin, 2010]

Para as seguintes condições e circunstâncias diria a uma mãe que amamenta para parar COMPLETAMENTE de amamentar? Indique a sua resposta assinalando O a frase que melhor descreve a sua convicção?

	Indecisa	Nunca	Algumas vezes	Sempre
1. Criança que se encontra Hospitalizada	1	2	3	4
2. Criança que está a começar a dentição	1	2	3	4
3. Criança que tem frequentemente diarreia	1	2	3	4
4. Criança que tem uma infeção	1	2	3	4
5. Criança que parece constantemente com fome/ insatisfeita	1	2	3	4
6. Mãe que apresenta mamilos doridos/ inflamados?	1	2	3	4
7. Mãe que tem uma mastite	1	2	3	4
8. Mãe que está cansada	1	2	3	4

Em que medida concorda com as seguintes afirmações? Assinale com um círculo O a que melhor descreve a sua convicção

	Concordo Totalmente	Concordo	Indeclsa	Discordo	Discordo Totalmente
9.O stress não influencia o sucesso da amamentação	1	2	3	4	5
10.Mães a amamentar deveriam ser incentivadas manter a amamentação do bebé enquanto ele está hospitalizado	1	2	3	4	5
11.O risco de pneumonia é menor numa criança que foi amamentada por mais de seis meses	1	2	3	4	5
12.As mães já sabem extrair o leite quando chegam ao hospital (internamento)	1	2	3	4	5
13.A extração de leite materno poderá ser feita pela mãe a qualquer intervalo que a mesma se sinta bem, num período de 24 H	1	2	3	4	5
14.A extração poderá ser feita pelas mães cujo bebé se encontra em dieta zero com a mesma frequência com que a criança deveria ser amamentada	1	2	3	4	5
15.A mãe não precisa extrair o seu leite se a criança se encontra em dieta zero/pausa alimentar	1	2	3	4	5
16.A dieta materna não influencia o valor nutricional do leite materno	1	2	3	4	5
17.A mãe que amamenta necessita ingerir 2-3L de água/dia	1	2	3	4	5
18.A amamentação deveria ocorrer imediatamente antes, durante ou imediatamente após um procedimento doloroso, para reduzir a dor da criança	1	2	3	4	5

As seguintes questões referem-se ao aleitamento materno e ao estabelecimento da amamentação. Por favor Assinale com um círculo O N.º que melhor descreve a sua convicção em cada uma delas.

	Concordo Totalmente	Concordo	Indeclsa	Discordo	Discordo Totalmente
19. A lactogénese é o processo pelo qual a mama se prepara para produzir leite	1	2	3	4	5
20. A lactogénese é um processo constituído por três etapas	1	2	3	4	5
21. Após o nascimento, uma queda acentuada da progesterona, produz uma quantidade profusa de leite materno	1	2	3	4	5
22. A ocitocina não se liberta quando a mãe se encontra sob stress e por isso o leite não é ejetado	1	2	3	4	5
23. As mães ficam mais confiantes para amamentar se elas forem capazes de abraçá-los no contacto pele a pele sempre que queiran	1	2	3	4	5
24. O contacto pele a pele entre mãe e bebé durante horas aumenta o fornecimento de leite	1	2	3	4	5
25. A rotina no contacto pele a pele reduz a necessidade de suplemento de leite de fórmula (se requerido pelo bebé) nas primeiras 2 semanas de vida	1	2	3	4	5
26. Se o leite não for retirado do peito, a sua produção é reduzida	1	2	3	4	5
27.A melhor forma de minimizar os problemas de ingurgitamento mamário é a extração eficaz de leite nas primeiras 24h após o parto	1	2	3	4	5
28. O posicionamento e pega corretas nos primeiros dias de vida influenciam o estabelecimento de uma amamentação bem sucedida	1	2	3	4	5
29. Um bom posicionamento do bebé é: bebé junto do corpo da mãe, de frente para a mama, com o nariz ao nível do mamilo	1	2	3	4	5
30. As mães de recém-nascidos necessitam de ajuda prática e apoio emocional no estabelecimento de uma amamentação bem sucedida	1	2	3	4	5
31. A equipa de enfermagem tem o conhecimento prático para dar apoio às mães dos recém-nascidos	1	2	3	4	5

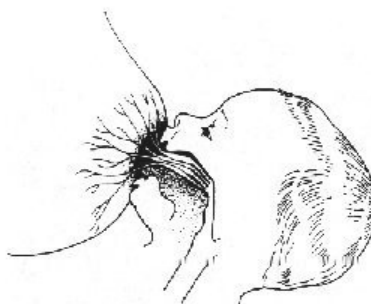
## Secção 4: Clínica em Aleitamento materno [McLaughlin, 2010]

Observe a figura à direita

**1. Esta imagem mostra uma pega ineficaz**

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sim      |
| <input type="checkbox"/> | 2. Não      |
| <input type="checkbox"/> | 3. Indeciso |

Fonte: Organização Mundial de Saúde. (1993). Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno. UNICEF. New York



Concorda com as seguintes afirmações? (Assinale com um X **todas** as afirmações corretas que se aplicam)

**2. Amamentação corre bem para a mãe se:**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | A mãe parecer saudável                              |
| <input type="checkbox"/> | A mãe estiver relaxada e confortável                |
| <input type="checkbox"/> | Bebé procura e alcança a mama                       |
| <input type="checkbox"/> | Mãe parece tensa e deprimida                        |
| <input type="checkbox"/> | A mama parece saudável                              |
| <input type="checkbox"/> | Mama parece vermelha, inflamada ou dorida           |
| <input type="checkbox"/> | Mama bem suportada com a mão em "C"                 |
| <input type="checkbox"/> | Mãe segura a mama na zona da aréola longe do mamilo |

**3. Sinais de possíveis dificuldades para o bebé são:**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | O bebé parece saudável   |
| <input type="checkbox"/> | O bebé está inquieto ou a chorar   |
| <input type="checkbox"/> | O bebé parece sonolento ou doente  |
| <input type="checkbox"/> | O bebé procura e alcança a mama se tiver fome  |
| <input type="checkbox"/> | Bebé calmo ou relaxado   |
| <input type="checkbox"/> | Sinais de ligação entre mãe e bebé   |
| <input type="checkbox"/> | Não existe contacto visual entre a mãe e o bebé ou o corpo do bebé está longe da mãe |

**4. Os seguintes são sinais de dificuldades na pega/ alimentação:**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Maior porção de aréola é observada abaixo do lábio inferior do bebé |
| <input type="checkbox"/> | A boca do bebé não está toda aberta                                 |
| <input type="checkbox"/> | O queixo do bebé não toca a mama                                    |
| <input type="checkbox"/> | Vê-se mais aréola acima da boca do bebé                             |
| <input type="checkbox"/> | A boca do bebé está bem aberta                                      |
| <input type="checkbox"/> | O lábio inferior está virado para fora                              |
| <input type="checkbox"/> | O queixo do bebé toca a mama  |

**5. As seguintes afirmações indicam a melhor posição para o bebé durante a mamada**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | A cabeça do bebé está em linha reta com o corpo            |
| <input type="checkbox"/> | O bebé permanece junto do corpo da mãe                     |
| <input type="checkbox"/> | O queixo do bebé/ lábio inferior está virado para fora     |
| <input type="checkbox"/> | O bebé não é mantido perto do corpo da mãe                 |
| <input type="checkbox"/> | O corpo do bebé não está apoiado                           |
| <input type="checkbox"/> | Bebé de frente para o mamilo com o nariz ao nível do mesmo |
| <input type="checkbox"/> | O pescoço e a cabeça do bebé virado para abocanhar a mama  |
| <input type="checkbox"/> | Bebé apoiado   |

**6. Os seguintes sinais de sucção indicam amamentação bem sucedida:**

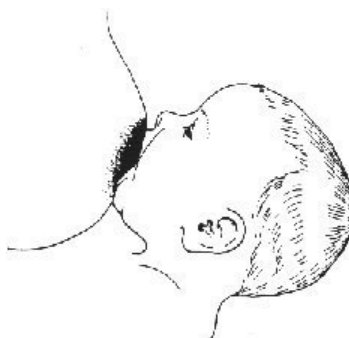
- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | O bebé suga devagar e profundamente com pausas                            |
| <input type="checkbox"/> | Bebé suga rápida e superficialmente                                       |
| <input type="checkbox"/> | O bebé larga/ deixa a mama quando acaba de mamar                          |
| <input type="checkbox"/> | A mama da mãe parece mais macia depois de amamentar                       |
| <input type="checkbox"/> | A mãe tira o bebé da mama   |
| <input type="checkbox"/> | A mãe repara nos sinais de ativação do reflexo de ocitocina               |
| <input type="checkbox"/> | As mamas parecem duras e brilhantes                                       |
| <input type="checkbox"/> | Não há sinais de ativação do reflexo de ocitocina [Adapt. Formulário OMS] |

Observe a figura à direita

**7. Esta imagem mostra uma pega eficaz**

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Sim      |
| <input type="checkbox"/> | 2. Não      |
| <input type="checkbox"/> | 3. Indeciso |

Fonte: Organização Mundial de Saúde. (1993). Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno. UNICEF. New York



### Secção 5: Políticas e Recomendações Nacionais/Internacionais sobre Aleitamento Materno

Por favor assinale com um círculo O o número que melhor descreve a sua opinião sobre as seguintes afirmações:

	Concordo	Discordo	Indecisa
1.Você já ouviu falar sobre a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés	1	2	3
2.Os 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno promovem a amamentação e impedem o uso de fórmulas para lactentes	1	2	3
3.Você sabe quais são os 10 passos para uma amamentação bem sucedida	1	2	3
4.O código Internacional de Marketing dos substitutos do leite materno permite aos hospitais darem amostras gratuitas de leite artificial para lactentes às mães	1	2	3
5.A amamentação exclusiva prolongada não reduz o risco de síndrome de morte súbita infantil de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)	1	2	3
6.Você sabe o que é o Relatório “Registo do Aleitamento Materno” da DGS	1	2	3
7.Você sabe onde pode obter a cópia do Manual para Alimentação Saudável da DGS	1	2	3
8.O Observatório de Aleitamento Materno resulta de protocolo entre a DGS e Mama-Mater	1	2	3
9.A amamentação exclusiva até aos seis meses de idade é recomendada pela DGS e OMS	1	2	3
10.A OMS recomenda que o aleitamento materno seja mantido até aos dois anos de idade ou mais juntamente com alimentação complementar	1	2	3

### Secção 6: Aleitamento Materno e Você [McLaughlin, 2010]

Por favor assinale com um círculo O o número que melhor descreve a sua opinião sobre as seguintes afirmações:

	Sim	Não	Indeciso
1.Na sua prática corrente já assistiu/apoiou mães na técnica de amamentação (ex. pega, posicionamento, estabelecimento da amamentação)	1	2	3
2.Você acha que possui o conhecimento e a perícia para assistir a mãe primípara, a estabelecer a amamentação ao seu bebé	1	2	3
3.Acha que identifica corretamente as necessidades de amamentação das mães e dos seus filhos	1	2	3
4.Você <u>ou</u> o seu marido/ex-marido têm filhos?	1	2	3
5.Você <u>ou</u> o seu marido/ex-marido foram amamentados em criança?	1	2	3
6.Se sim, Você <u>ou</u> o seu marido/ex-marido foram amamentados mais de três meses?	1	2	3
7.Se sim, Você <u>ou</u> o seu marido/ex-marido foram amamentados mais de seis meses?	1	2	3

### Secção 7: Atitudes relativas ao Aleitamento Materno [McLaughlin, 2010]

Por favor assinale com um círculo O o número que melhor descreve a sua opinião sobre as seguintes afirmações

	Concordo	Discordo	Indeciso
1.O leite materno é melhor para o bebé	1	2	3
2.Eu fico desconfortável quando vejo uma mulher amamentar em público	1	2	3
3.Todas as mães deveriam ser encorajadas para amamentação	1	2	3
4.A informação sobre a amamentação deveria estar disponível para o público	1	2	3
5.Eu sei onde obter informação sobre a amamentação para o meu uso profissional	1	2	3
6.Eu sei onde obter informação acerca da amamentação para pais e familiares	1	2	3
7.As crianças deviam poder ver a amamentação como uma etapa natural do crescimento	1	2	3
8. As mães precisam de ser discretas quando estão a amamentar	1	2	3
9.A amamentação deveria continuar até aos dois anos se for vontade da mãe ou criança	1	2	3
10.A amamentação envergonha-me	1	2	3
11.Mães que amamentam necessitam apoio para tal	1	2	3
12.As associações de amamentação são forma de apoio/informação para mães e profissionais de saúde	1	2	3
13.Apoio emocional é importante para as mães em amamentação	1	2	3
14.Os pais são tão importantes para o sucesso da amamentação como as mães	1	2	3
15.A amamentação é livre, disponível e nutricionalmente satisfatória para o bebé	1	2	3
16.A amamentação aparece naturalmente em todas as mulheres	1	2	3
17.A amamentação providencia alívio da dor e por isso é uma forma de analgesia	1	2	3
18.A amamentação deveria ser feita sempre num local reservado não público	1	2	3
19.As mães sentem-se confortáveis a amamentar tanto em público como no Hospital	1	2	3

## Apresentação

Na continuidade do estudo sobre Aleitamento Materno que me encontro a realizar como aluna do Mestrado em Saúde Materna na Universidade de Évora sou agora a solicitar a sua colaboração num segundo tempo.

Assim, gostaria de convidá-la a preencher o questionário que se segue.

Por favor, responda logo quando receber o questionário para não se perder a oportunidade de colher os seus dados. Leva aproximadamente 5 m. Ponha depois o questionário na caixa selada que se encontra no gabinete da Sr<sup>a</sup> En<sup>h</sup>-Chefe.

Muito obrigada pela sua participação

Ana Sofia Martins Raposo

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo,  se concorda com as frases seguintes:

*Declaro que compreendi as intenções deste questionário, permito o uso dos dados e disponho-me a participar. Compreendo que as datas de nascimento seguintes se destinam à codificação, para que seja possível seguir o meu caso, sem que o meu nome seja conhecido.*

Sua data de nascimento ____/____/____	Data de nascimento da sua mãe ____/____/____
--	---

Data de preenchimento deste questionário \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinale nas quadriculas sombreadas, rodeando com um circulo  , o **V** se considera a afirmação **verdadeira** e com **F** se a considera **falsa**:

Conservação do Leite Materno				
		Frigerífico	Congelador doméstico (porta separada)	Arca congeladora (-20° C)
	Temperatura ambiente			
Leite extraído recentemente	1 dia V-F	3-5 dias V-F	3-6 meses V-F	6-12 meses V-F
Leite descongelado no frigorífico	4 horas ou menos V-F	24 horas V-F	Não recongelar V-F	Não recongelar V-F
Descongelado fora do frigorífico em água quente	Para completar refeição V-F	4 horas V-F	Não recongelar V-F	Não recongelar V-F

Refira por ordem, as 2 maiores **facilidades** que encontra quando faz Educação para a Saúde sobre Aleitamento Materno, às mulheres utentes da Instituição/Hospital onde trabalha.

1ª Facilidade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2ª Facilidade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Refira por ordem, as 2 maiores **dificuldades** que encontra quando faz Educação para a Saúde sobre Aleitamento Materno, às mulheres utentes da Instituição/Hospital onde trabalha.

1ª Dificuldade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2ª Dificuldade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p>Esta instituição/hospital onde trabalha envia para a Direção Geral de Saúde os dados sobre Aleitamento Materno?</p> <p>1.Sim _____ 2.Não Sei _____ 3. Não _____</p>	<p>Esta instituição/hospital onde trabalha é “Amiga dos Bebés”?</p> <p>1.Sim _____ 2. Não Sei _____ 3. Não _____</p> <p>(Se respondeu Não passe à questão seguinte)</p>
<p>Pensa que seria importante que a instituição/hospital onde trabalha, organizasse a candidatura a “Hospital Amigo dos Bébés”?</p> <p>1.Não _____ (Se Não, Porquê _____)</p> <p>2.Sim _____ (Se Sim, Porquê _____)</p>	

Por favor, antes de entregar, confirme se respondeu a todas as questões.  
Agradecemos muito ter respondido ao questionário.

**Apêndice J: Autorização do Conselho de Administração para implementação do projeto estágio**

1) João Carlos, Jacqueline, Luzia Ambrósio, analisar a viabilidade e pertinência do Projeto  
 2) Deve informar o Director de Serviço

Autorizado  
 José Chora 1297  
 Enfermeiro Director  
 3.5.2012

À Exma. Senhora Presidente do Conselho de Administração  
 José Chora

Exma. Sr.ª Presidente do Conselho de Administração  
 do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.  
 Professora Doutora Maria Filomena Mendes

1297  
 José Chora  
 Enfermeiro Director

Maria Filomena Mendes  
 Presidente do Conselho de Administração

Ana Sofia Martins Raposo, Enfermeira, com o n.º mecanográfico 2947, a exercer funções no serviço de Obstetria deste hospital, encontra-se a frequentar o 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. No âmbito do referido mestrado, foi proposta a elaboração de um projecto de estágio para o estágio final, que será realizado no Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE) no serviço de Obstetria/Ginecologia, no período de Fevereiro a Junho de 2012. De acordo com as necessidades do serviço e após contacto com a Enfermeira Chefe do serviço de Obstetria/Ginecologia, optou-se por elaborar um projeto para candidatura deste Hospital a Hospital Amigo dos Bebés. A proposta é criar condições, através da implementação das medidas recomendadas pela Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, para iniciar o processo de Acreditação do HESE, EPE.

Neste contexto foram já estabelecidos contactos prévios com o Enfermeiro Director, Director de Serviço e Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetria, com vista às condições de operacionalização do curso. Solicita-se a vossa **autorização para a implementação do referido projeto, concretamente para a elaboração da política hospitalar relativa ao aleitamento materno em equipa multidisciplinar (Um Pediatra, Um Obstetra, Uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria e uma Enfermeira Generalista), Formação em Serviço na área do Aleitamento Materno, autorização para aplicação de questionários à equipa de Enfermagem dos Serviços envolvidos (Obstetria, Pediatria, Urgência Pediátrica, Neonatologia, Bloco Operatório e Consulta Externa) e autorização para Registo de Intensão (de candidatura) deste Hospital na Comissão já referida.**

Tomei conhecimento do documento, após análise, parece exequível e pertinente para a dinâmica do serviço.  
 Pede deferimento,

Luzia Ambrósio  
 Enfermeira Especialista em Obstetria  
 3-5-12

Ana Sofia Martins Raposo

(Ana Raposo)  
 Évora, 10 de Abril de 2012

Enfermeira Especialista  
 Luzia Ambrósio  
 3-5-12  
 SERVIÇO DE GINECO-OBSTETRIA  
 DIRECTOR DO SERVIÇO  
 DR. VITOR CAETANO

HESE - EPE	
RECEBIDO	EM N.º 2012/016
	RESPONDIDO EM N.º



**Apêndice K: Apresentação do projeto de Estágio à equipa do Serviço de Obstetrícia-Ginecologia**

**GABINETE DE FORMAÇÃO**

**REGISTOS DE PRESENCAS E SUMÁRIO**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Serviço: Obstetricia / Ginecologica  
 Tema: Projecto de estágio: Para um Hospital AMIGO dos Bebés

Data: <u>13/2/12</u> Período: Das <u>14</u> às <u>16</u> Horas	Carga Horária da Actividade Formativa: <u>2</u> Hora (s) ___ Minutos
---	---

**SUMÁRIO**

Apresentação do Projecto de estágio:  
- Para um Hospital: AMIGO dos Bebés.

O (s) Formadores  
António Raposo

**PRESENCAS**

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
1	<u>Maria Angela Balboa Serranito</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>[Assinatura]</u>
2	<u>Maria dos Anjos B. Valadares</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>[Assinatura]</u>
3	<u>Maria de Lousa Bazeiro Santos</u>	<u>1</u>	<u>[Assinatura]</u>
4	<u>Cláudia Alexandra C. Sá</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>[Assinatura]</u>
5	<u>Maria Alice Pereira Barbosa</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>[Assinatura]</u>

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
6	Marcelo Romão Almeida	Enfermeiro	[Assinatura]
7	Leizy Maria R. Queiroz	Enfermeira	[Assinatura]
8	Rosa Rania Santana Graciano	Enfermeira	[Assinatura]
9	[Assinatura]	Enfermeira	[Assinatura]
10	Dr. R. A. A. P. Costa	Médico	[Assinatura]
11	Ana Cristina M. C. Sabujo	Enfermeira	[Assinatura]
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

O/A ENFERMEIRO/A CHEFE <u>Leizy Queiroz</u> 13/12/12	O/A RESPONSÁVEL DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO <u>Maladeis</u> 13/12/2012
--	---

RESULTADO GLOBAL DA AVALIAÇÃO POR GRUPO PROFISSIONAL							
SERVIÇO							
ACTIVIDADE FORMATIVA:							
Nº de Enf. do Serviço	28	Nº de Enf. Formandos	19	Nº de Enf. Ausentes	1	Nº de Formadores Externos	0
Nº de A.O. do Serviço	0	Nº de A.O. Formandos	0	Nº de A.O. Ausentes	0		
Nº de A.O.S. = 2					Carga Horária da Actividade Formativa:		
Percentagem Efectiva de Participação dos Enfermeiros 35,7%					Hora (s) _____ Minutos		
Percentagem Efectiva de Participação dos Assistentes Operacionais 0%							

Legenda A: 1= Nada; 2= Pouco; 3= Satisfatório; 4= Totalmente

Avaliação Global	Descrição da Actividade	Escala de Avaliação	
		1	2
	Globalmente a acção de formação agradou-lhe:	1	10
	Os objectivos propostos foram alcançados:		11
	A actividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais:	2	9

Legenda B: 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

Conteúdos	Descrição	Escala de Avaliação		
		1	2	
	O nível de conhecimentos adquiridos foi:	1	10	
	A pertinência do tema abordado foi:	2	9	
	A profundidade do tema abordado foi:	1	10	
	A utilidade do tema abordado foi:	1	10	
Desempenho do(s) formador (es)	A identificação dos objectivos foi:		11	
	O domínio das matérias ministradas foi:	1	10	
	A selecção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:		11	
	A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:		11	
	O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:	1	10	
	A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real de trabalho foi:	2	9	
	Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referencias bibliográficas, sites, outros)?	Sim	3	8
	Não			
Organização da actividade formativa	Foi distribuída documentação de apoio?	Sim	2	9
		Não		
	A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:		11	
	A duração da actividade formativa foi:		11	

Avaliação Global da Actividade Formativa  
 teve especial interesse para dar conhecimento a equipa do Projecto em umh 13/2/2012  
 Assinatura: *Assinada* Data: 13/2/2012

Legenda: A.O. - Assistentes Operacionais




## Projeto de Estágio

### PARA UM HOSPITAL AMIGO DOS BEBÉS

**Projeto de Intervenção no âmbito do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Ana Raposo - N.º 2947

## Objetivos da sessão

- Que no final da sessão, os formandos fiquem a conhecer os objetivos do projeto de estágio;
- Que no final da sessão os formandos conheçam os 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno [AM] e as intervenções necessárias para a sua implementação;
- Que no final da sessão os formandos fiquem a conhecer o processo de candidatura da Iniciativa Hospital Amigo dos bebés.

## Objetivo Geral do Projeto

Criar condições para promover a candidatura do HESE-EPE a Hospital Amigo dos Bebés [HAB], através da implementação dos dez passos da OMS / UNICEF para favorecer o aleitamento materno, no 2º semestre de 2012.

## Objetivos específicos do Projeto

- Implementar as mudanças necessárias de forma a aproximar os procedimentos, tanto quanto possível, do recomendado pelos 10 passos para o Sucesso do AM;
- Promover a criação de uma equipa promotora do aleitamento materno;
- Submeter a candidatura do HESE, EPE a HAB, solicitando auditoria externa.

## Factores de Declínio do AM

- Mulher no mundo do trabalho;
- Imaturização;
- Incompetência / Falta de formação dos profissionais de saúde;
- Falta de interação da população;
- Perda da família alargada;
- Marketing agressivo e indiscriminado.

Levy & Bértolo (2008)

## Atitude Social

- Não aceitável amamentar em público;
- Movimentos feministas;
- Marketing agressivo das companhias produtoras de fórmulas para lactentes;
- Falta de apoio no emprego;
- Avós des-empoiados;
- Moda;

Levy & Bértolo (2008)

## AM: Prioridade de Saúde Pública

- É a forma natural de alimentação e o início de vida ideal;
- Melhor forma de assegurar crescimento e desenvolvimento saudáveis, nos primeiros 6 meses;
- Benefícios nutricionais, para além dos 6 meses;
- Impacto positivo na Saúde da mulher e da criança;
- Diminuição dos custos da Saúde;
- Diminuição dos níveis de iniquidade na Saúde.

OMS (1989)

## Recomendações OMS

- Começar amamentação na primeira hora após o nascimento;
- AM exclusivo até aos 6 meses;
- Alimentação complementar a todos os lactentes a partir dos 6 meses;
- Amamentação até aos 2 anos ou mais.

OMS (1989)

## Objectivos da IHAB

- Transformar hospitais e maternidades levando-os à implementação das 10 Medidas para sucesso do AM;
- Melhorar as taxas de AM;
- Diminuir os gastos em saúde;
- Terminar com a distribuição gratuita e a baixo custo dos suplementos/substitutos do leite materno nos hospitais e maternidades.

## 10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

**PASSO 1 - Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde.**

- Redação de uma norma escrita explícita para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, focando todas as Dez Medidas;
- Apresentação da política à equipa;
- Afixação da Política de AM em todas as áreas do estabelecimento de saúde onde se atendem mães, recém-nascidos e/ou bebês.

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**PASSO 2 - Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.**

- Envolvimento dos elementos da equipa com formação em AM na criação da equipa;
- Realização de formação em serviço à equipa de Enfermagem acerca das vantagens do aleitamento materno, da norma e das rotinas do estabelecimento para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento;
- Formação de novos elementos, disponibilizando orientação quanto às técnicas do aleitamento materno do hospital, por ocasião da sua entrada no serviço, nos seus primeiros seis meses de serviço;

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**PASSO 3 – Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.**

- Dar informação às grávidas que frequentam os serviços de ambulatório/ internamento pré-natal quanto às vantagens e à prática do aleitamento materno;
- Proteção das grávidas da propaganda (oral ou escrita) e de instruções coletivas sobre o aleitamento artificial;
- Se possível, ter em consideração a intenção da mulher em amamentar;
- Fornecimento de atenção e apoio especiais à mulher que nunca amamentou ou que já tinha tido problemas anteriores com a amamentação.

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**PASSO 4 – Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora após o nascimento**

- Colocar o RN com boa vitalidade, salvo contra-indicação, no seio materno logo após o parto para que os segurem junto à pele, prolongando esse contacto pelo menos até uma hora;
- Ajuda e incentivo à mãe para que inicie o AM logo na MESA de Partos/ BOMI/ recobro do BO ou pelo menos dentro da primeira hora pós-parto;
- No parto por cesariana permissão para que a mãe segure o RN junto à pele, na primeira meia hora após terem condições de interagir com ele, deixando-os em contacto pelo menos 30 minutos.

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**PASSO 5 – Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.**

- Informação e/ou demonstração à mãe sobre:
  - Posição do RN;
  - Extração manual de leite;
  - Locais/Formas de conseguir ajuda (SOS).
- Atenção especial/ apoio à mãe que nunca amamentou ou teve uma má experiência anterior;
- Fornecimento de ajuda às mães que têm os filhos em unidades de cuidados especiais, de forma a manter a lactação.

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**PASSO 6 – Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que se justifique**

- Transmissão das razões aceitáveis para a administração de outro alimento ou líquido, além do leite materno, a recém-nascidos amamentados ao peito aos profissionais de saúde;
- Recusa, pela direção/ profissionais da instituição, de ofertas de substitutos do leite materno, gratuitas ou a baixo custo (equivalente a menos de 80% do preço do mercado) mesmo que seja para uso experimental;
- Proibição da promoção ou propaganda de alimentos ou líquidos que não o leite materno.

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**PASSO 7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que a mãe e o bebé permaneçam juntos 24 horas por dia**

- Permanência das mães e recém-nascidos juntos 24 horas por dia, com exceção de procedimentos hospitalares/ situações clinicamente necessárias;
- Garantia que o alojamento conjunto tem início na primeira hora se parto normal ou logo que a mãe tenha condições de interagir com o bebé se cesariana.

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**PASSO 8 – Dar de mamar sempre que o bebé queira**

- Aconselhamento das puérperas a amamentar o recém-nascido sem restrição de duração/ frequência das mamadas;
- Aconselhamento, das mães a amamentar a pedido, informando-as sobre a importância de amamentar o recém-nascido sempre que este tenha fome ou o desejar.

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**PASSO 9 – Não dar tetinas ou chupetas a crianças amamentadas ao peito, pelo menos até que esteja bem estabelecida a amamentação**

- Ensino às puérperas sobre a importância da restrição de tetinas/chupetas/mamilos de silicone a crianças que iniciaram a amamentação ao peito;
- Recusa por parte dos profissionais/direção da instituição a receber gratuitamente ou comprar a baixo custo biberões e chupetas.

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**PASSO 10 – Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade**

- Ensino e informação aos membros da família sobre como ajudar a mãe no regresso a casa;
- Encaminhamento para grupos de apoio ao AM, caso existam (Cantinho da Amamentação);
- Promoção de acompanhamento de apoio às mães que estão a amamentar (consulta pós-natal, de puerpério, cuidados de saúde primários, visita domiciliar...);
- Incentivo à formação de grupos de apoio entre mães/profissionais/ambos.

Adaptado do Questionário de autoavaliação da IHAB

**Outras formas de promoção do AM**

- Cantinho da Amamentação;
- Registo do AM.

**Processo de Candidatura a HAB – 1ª Forma**

Acreditação  
 Pedir auditoria externa  
 Autoavaliação  
 Pedir as mudanças necessárias no serviço/ fora dele  
 Comunicação à Comissão para a Avaliação e Promoção de Formação  
 Política

Félix (2012)

**Processo de Candidatura a HAB – 2ª Forma**

Acreditação  
 Autoavaliação  
 Pedir as mudanças necessárias no serviço/ fora dele  
 Formação  
 Política

Félix (2012)

**PLANO**

**FORMAÇÃO DE SERVIÇO:**

- Política;
- Protocolo;
- Formação sobre os assuntos considerados pertinentes no âmbito do projeto.

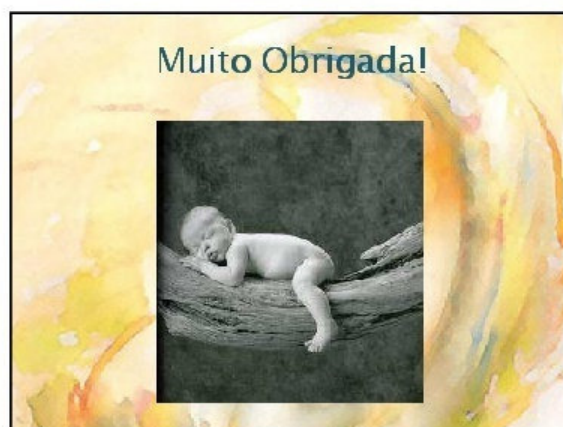
Articulação com o projeto Cantinho da amamentação;

Divulgação ao resto do Hospital.



### CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	DATAS
ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO E POLÍTICA RELATIVA AO AM	FEVEREIRO DE 2012
FORMAÇÃO DE SERVIÇO	FEVEREIRO DE 2012
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	A PARTIR DE FEVEREIRO DE 2012
AUTO-AVALIAÇÃO	JUNHO DE 2012
SUBMISSÃO DA CANDIDATURA	JULHO 2012



**Apêndice L: Apresentação da nova proposta de Norma de AM do Serviço de Obstetrícia em contexto de formação em serviço**

**GABINETE DE FORMAÇÃO**

**REGISTO DE PRESENCAS E SUMÁRIO**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Serviço: obstétrica / ginecologia  
Tema: Avaliação do Protocolo de aleitamento materno do serviço

Data: 23/5/12

Período: Das \_\_\_ às \_\_\_ Horas

Carga Horária da Actividade  
Formativa:

1 Hora (s) \_\_\_ Minutos

**SUMÁRIO**

Apresentação à equipa das alterações do protocolo de AM existente no serviço, com vista à sua actualização.

O (s) Formadores

Fina Rufino  
Antónia Nobre  
Fernando Augusto

**PRESENCAS**

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
1	<u>Eliz Teófilo Borges</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>Eliz Teófilo</u>
2	<u>Maria João S. Isabelino</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>MJ</u>
3	<u>M. Aires Barros Calades</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>M</u>
4	<u>Luís Palma</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>L</u>
5	<u>M. da Rêgia Saraiva Gracioso</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>Rêgia</u>

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
6	Paula Helena Saquetto	Enf.	Paula
7	Ana Cristina R. C. Sabino	Enf.	Ana
8	Marcia Celeste Lopes	Enf.	Marcia
9	Paula Cristina V. Filho	Enfermeira	Paula
10	Claudia A. Pinheiro de Saugue	Enfermeira	Claudia
11	Patrícia Maria Américo Pinheiro	Enfermeira	Patrícia
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

O/A ENFERMEIRO/A CHEFE <u>Luiz Queiroz</u> 23/5/12	O/A RESPONSÁVEL DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO <u>M. L. L. L.</u> 23/5/12
--	---

<b><u>PROTOCOLO DO ALEITAMENTO MATERNO</u></b>	<b>SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA- GINECOLOGIA DO HESE, EPE</b>
Elaborado em:  Por:	Aprovado em:  Ass.: _____

### 1. Objetivos:

- Promover a alimentação natural e saudável;
- Manter o estado nutricional;
- Favorecer o crescimento e desenvolvimento adequados;
- Contribuir para uma boa pega;
- Promover a produção láctea materna;
- Dar continuidade/ promover o vínculo da díade.

### 2. Definição de Conceitos:

Excluindo contraindicações, o leite materno é o melhor alimento que se pode oferecer ao recém-nascido, sendo completo e sem necessidade de qualquer outro líquido ou suplemento, até aos seis meses de vida do bebé. Além disso, tem inúmeras vantagens quer para o bebé quer para a mãe. O recém-nascido alimentado de leite materno, tem um menor risco de desenvolver infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; protege o bebé das alergias, especialmente as que estão associadas à proteína do leite de vaca; facilita a adaptação aos outros alimentos e a longo prazo previne diabetes e linfomas. Para a mãe, as vantagens relacionam-se com uma recuperação ponderal mais rápida bem como a involução uterina para o tamanho e posição anterior à gravidez, diminui a probabilidade de desenvolver cancro da mama e oferece a vivência única do prazer de amamentar (Levy & Bértolo, 2008).

Os autores acima referidos definem os seguintes conceitos:

**Amamentação exclusiva ou Aleitamento materno exclusivo:** O bebé é alimentado apenas com leite materno, não ingerindo nenhum outro tipo de líquido ou sólido incluindo a água; pode ingerir também leite materno extraído da mama e oferecido ao bebé.

**Amamentação predominante ou Aleitamento materno predominante:** O bebé é alimentado com leite materno, mas são-lhe oferecidos outros alimentos como sejam água, líquidos com maioria de água ou e/ ou chá; também denominado aleitamento materno quase exclusivo/ amamentação quase exclusiva.

**Aleitamento Misto:** Refere-se à alimentação do bebé com leite materno em algumas mamadas e de leite artificial noutras ou na mesma mamada, seja leite artificial, cereal ou outro alimento.

**Aleitamento materno complementar:** Neste regime alimentar o recém-nascido é alimentado com outros alimentos, além do leite materno, após os seis meses de idade.

De acordo com a definição da CIPE (2005; p.45) Amamentação diz respeito ao padrão alimentar ou ingestão de líquidos com as características específicas: estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite da mama, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e compreende o seu temperamento e os sinais precoces de fome.

### **3. Quem executa:**

A mãe, apoiada pelo enfermeiro ou família

### **4. Horário:**

Livre

### **5. Orientações de execução:**

A mãe deve estar disponível e motivada para amamentar, sensível à importância da amamentação na saúde do (s) filho (s);

Proporcionar um ambiente de confiança, calmo e acolhedor;

Estabelecer uma relação de ajuda com a díade/ triade/ família;

Promover um ambiente caloroso em relação à amamentação;

Incentivar a autoconfiança da mãe, a concentração na mamada e estabelecer a relação afetiva com a criança.

### **6. Material e Equipamento:**

O adequado ao posicionamento correto e confortável da díade.

### **7. Referências Bibliográficas utilizadas na execução do protocolo:**





Figuras retiradas do Manual de apoio à amamentação da Medela;

González, C. (2004). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. Mama Mater – Associação. Parede;

Organização Mundial de Saúde & Fundo das Organizações Unidas para a Infância. (1993). *Manual do Conselheiro em Amamentação*. Fornecido pela Organização do Curso de Conselheiros em Amamentação. Lisboa.

## 8. Procedimentos

TEMÁTICA	JUSTIFICAÇÃO	ACÇÕES		
<b>Intenção da puérpera relativamente à amamentação</b>	A puérpera tem direito de decisão.	Esclarecimento de dúvidas relativamente às vantagens da amamentação e desvantagens do leite de fórmula.		
<b>Esclarecimento sobre vantagens do AM em relação ao leite de fórmula</b>	* Decisão informada; * Motivação da puérpera para a amamentação.	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>PARA O BEBÉ</b></p> <p>Tem os nutrientes perfeitos e necessários à alimentação da criança; Favorece o desenvolvimento adequado da criança</p> <p>Digestão fácil;</p> <p>Menor risco de desenvolver infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;</p> <p>Protege o bebé das alergias, especialmente associadas à proteína do leite de vaca;</p> <p>Facilita a adaptação aos outros alimentos a longo prazo previne diabetes e linfomas.</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>PARA A MULHER</b></p> <p>Económico e acessível;</p> <p>Pode proteger de uma nova gravidez;</p> <p>Diminui a probabilidade de desenvolver cancro da mama, ovário e colo do útero;</p> <p>Recuperação ponderal mais rápida bem como a involução uterina para o tamanho e posição anterior à gravidez;</p> <p>Vivência única do prazer de amamentar.</p> </td> </tr> </table>	<p><b>PARA O BEBÉ</b></p> <p>Tem os nutrientes perfeitos e necessários à alimentação da criança; Favorece o desenvolvimento adequado da criança</p> <p>Digestão fácil;</p> <p>Menor risco de desenvolver infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;</p> <p>Protege o bebé das alergias, especialmente associadas à proteína do leite de vaca;</p> <p>Facilita a adaptação aos outros alimentos a longo prazo previne diabetes e linfomas.</p>	<p><b>PARA A MULHER</b></p> <p>Económico e acessível;</p> <p>Pode proteger de uma nova gravidez;</p> <p>Diminui a probabilidade de desenvolver cancro da mama, ovário e colo do útero;</p> <p>Recuperação ponderal mais rápida bem como a involução uterina para o tamanho e posição anterior à gravidez;</p> <p>Vivência única do prazer de amamentar.</p>
<p><b>PARA O BEBÉ</b></p> <p>Tem os nutrientes perfeitos e necessários à alimentação da criança; Favorece o desenvolvimento adequado da criança</p> <p>Digestão fácil;</p> <p>Menor risco de desenvolver infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;</p> <p>Protege o bebé das alergias, especialmente associadas à proteína do leite de vaca;</p> <p>Facilita a adaptação aos outros alimentos a longo prazo previne diabetes e linfomas.</p>	<p><b>PARA A MULHER</b></p> <p>Económico e acessível;</p> <p>Pode proteger de uma nova gravidez;</p> <p>Diminui a probabilidade de desenvolver cancro da mama, ovário e colo do útero;</p> <p>Recuperação ponderal mais rápida bem como a involução uterina para o tamanho e posição anterior à gravidez;</p> <p>Vivência única do prazer de amamentar.</p>			
<b>Perigo dos leites de fórmula para latentes</b>	* Decisão informada; * Motivação da puérpera para a amamentação.	<p>Interfere no vínculo afetivo;</p> <p>Maior risco de diarreia e infeções respiratórias;</p> <p>Má nutrição e carência de vitamina A;</p> <p>Mortalidade mais elevada;</p> <p>Risco maior de alergia e intolerância ao leite;</p> <p>Risco maior de doença crónica;</p> <p>Risco de obesidade;</p> <p>Menores competências intelectuais;</p> <p>Maior risco de anemia, cancro do ovário e da mama;</p> <p>Maior risco de uma gravidez inesperada.</p>		
<b>Método da Amenorreia Lactacional</b>	* Responde às necessidades de proteção de uma nova gravidez quando a mulher recusa outros métodos anticoncecionais; a eficácia resulta da informação da mulher acerca dos critérios a cumprir.	A amamentação deve ser praticada em regime livre, mantendo as mamadas noturnas, sem suplementos de outro leite e/ou alimentos. Assim, a mulher ficará protegida de outra gravidez até aos seis meses ou até a menstruação regressar.		
<b>Sinal de Prontidão do RN para mamar</b>	* Interesse do RN, essencial para o sucesso da amamentação.	O RN procura a mama fazendo movimentos com a cabeça, abrindo a boca e sugando quando algo se aproxima da sua boca;		
<b>Início do AM</b>	* Promoção da interação, contacto visual e do vínculo afetivo entre a diade.	Proporciona contacto pele a pele após o nascimento e/ou quando a mãe e RN apresentem condições para o mesmo, de forma que o RN explore e procure a mama, iniciando-se assim o aleitamento dentro da primeira hora pós-parto ou logo que o RN apresente sinais de prontidão.		

<p><b>Postura corporal da mãe e do RN; Técnica da mamada.</b></p>	<p>* Posicionamento correto e boa pega;          * Facilita a abordagem ao mamilo, aumenta a produção de leite e facilita a drenagem de colostro/ leite materno;          * Evita o trauma do mamilo.</p>	<p><b>POSIÇÃO DA MÃE:</b>          Relaxada e confortável;          Costas e pés apoiados;</p> <p><b>POSICIONAMENTO DO RN:</b>          Corpo e face do RN de frente para a mama, junto à mãe;          A mãe deve apoiar as nádegas do RN e não apenas a cabeça e os ombros/ tronco;          Corpo e cabeça alinhados;          Nariz ao nível do mamilo.</p> <p><b>OFERECER A MAMA AO RN:</b>          Segurar a mama com o dedo indicador apoiando a mama e o polegar por cima (mão em “C”);          Dedos afastados do mamilo;          Toque no lábio inferior do RN;          Espere até que o RN abra bem a boca;          Aproxima o RN da mama (e não levar o RN à mama).</p> <p><b>SINAIS DE BOA PEGA:</b>          Boca bem aberta;          É visível maior porção da aréola abaixo do que acima da boca do RN;          Lábio inferior virado para fora;          Queixo toca a mama;          Pode ouvir-se o RN deglutir.</p>
<p><b>Posições corretas na amamentação</b></p>	<p>* A amamentação deve acontecer na posição em que mãe e RN se sintam mais confortáveis de modo a pega eficaz.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Fig. 1 - Posição Deitada</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Fig. 2 - Posição Clássica</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <p>Fig. 3 - Posição em Cunha</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Fig. 4 - Posição Bola de Rugby</p> </div> </div>
<p><b>Horário das mamadas</b></p>	<p>* Disponibilidade para amamentar o RN sempre que este mostre interesse.</p>	<p>Horário livre, no entanto, o RN deve mamar 8-12 vezes/24Horas (1º Mês).</p>
<p><b>Capacidade do estômago do bebê</b></p>	<p>* Fundamental atender à capacidade do estômago do RN para não provocar dilatação precoce e/ou desnecessária; devendo conhecer-se as necessidades alimentares do RN para um aconselhamento adequado.</p>	<p><b>Capacidade do estômago do RN:</b></p> <p>1º dia – 5-7ml (berlinde)          3º dia – 20-30 ml (bola de ping-pong)          10º dia – 50-60 ml (bola de golfe)          6 meses – 150 ml          1º Ano – 200 ml</p>
<p><b>RN com peso &lt;2500g ou &gt; 3800g</b></p>	<p>* Despiste precoce de Hipoglicémia.</p>	<p>Glicémia capilar às 2,4 e 6horas de vida seguidamente de 6/6horas até estabilização dos valores e/ou SOS conforme a situação clínica.</p>



<p><b>Administração de suplementos de leite artificial</b></p>	<p>* Deve evitar-se o uso de tetinas em crianças amamentadas, pelo risco de confusão de bicos e abandono precoce da amamentação.</p>	<p><b>Indicações da administração de suplemento por Copo:</b>  Alimentação temporária de pequenas quantidades de leite materno ou alimentação a RNs que não possam ser alimentados diretamente ao peito (prematuros, frágeis ou com distúrbios neurológicos);  Alimentação de RN com pequenos suplementos;  Administração de medicamentos.</p> <p><b>Técnica:</b>  1- Desperta o RN. O RN não deve estar agitado com fome ou desconfortável, pois dificulta o procedimento;  2- Acomoda o bebê na posição sentado ou semi-sentado no colo, sendo que a cabeça forme um ângulo de 90° com o pescoço;  3- Encosta a borda do copo no lábio inferior do RN e deixa o leite materno/ leite de fórmula tocar o lábio;  4- O RN fará movimentos de lambe o leite seguidos de deglutição;  5- Não despeja o leite na boca do RN.</p> <p><b>Indicações da administração de suplemento por Fingerfeeder:</b>  Alimentação do RN com pequenas quantidades de leite materno/ leite de fórmula;  Estimular o RN a desenvolver o reflexo de sucção;  Administração de medicamentos durante a estadia no hospital.</p> <p><b>Técnica:</b>  Enquanto o RN mama no fingerfeeder, o leite é administrado em pequenas quantidades através da seringa.</p>
<p><b>Problemas da mama:</b>  Mamilos macerados;  Gretas e fissuras</p>	<p>* Trata a maceração/gretas e previne agravamento dos sintomas;  * Previne o abandono da amamentação devido ao desconforto/dor materna.</p>	<p>Avalia e corrige a pega;  Realiza ensino sobre cuidados com os mamilos:  Higiene diária durante o banho;  Aplicação de colostro/ leite materno após as mamadas e deixar secar ao ar;  Recomenda a utilização de conchas de amamentação;  Desaconselha os discos de algodão pelo risco de aderência do mamilo ao disco;  Fornece creme para hidratação dos mamilos/ tratamento das gretas e fissuras mamilares – Lanolina pura.</p> <p><b>Utilização de lanolina pura:</b>  Aplicação de colostro/leite materno nos mamilos;  Deixa secar ao ar livre;  Aplica uma porção de creme de lanolina pura após as mamadas;  Não é necessário retirar o creme antes da mamada.</p>
<p><b>Extração de leite materno</b></p>	<p>* Estimula a produção de colostro/ leite materno (Ex. pouco colostro ou parto prematuro);  * Aumenta a produção de leite (pouco leite);  * Alivia sintomas (subida do leite).</p>	<p><b>Estabelecer a lactação / alimentar RN baixo peso/ doente:</b>  Inicia-se nas primeiras 6 horas pós-parto;  Frequência semelhante às mamadas do bebê.</p> <p><b>Manter a produção e alimentar um bebê doente:</b>  Pelo menos de 3 em 3 horas.</p> <p><b>Aumentar a produção de leite:</b>  Frequentemente (a cada meia a uma hora);  Pelo menos a cada 3 horas durante a noite.</p> <p><b>Aliviar sintomas (mama ingurgitada):</b>  O necessário para ficar confortável.</p> <p><b>PROCEDIMENTO PARA EXTRAÇÃO MANUAL:</b>  Posicione o dedo polegar e indicador nos extremos da zona da aréola;  Exerça pressão contra a grelha costal e para o centro;  Altere a posição dos dedos para esvaziar todas as zonas da mama.</p>

## 9. Folha de Observação da mamada

Serviço de Obstetrícia – HESE, EPE		Formulário para observação da Mamada	
Departamento de Enfermagem da Mulher, Criança e Adolescente		2012	
Nome da mãe _____		Data: _____	
Nome do RN _____		DN: _____	
Sinais de Aleitamento sem dificuldades		Sinais de possíveis dificuldades	
<b>Mãe</b>			
Mãe parece motivada para amamentar	<input type="checkbox"/>	Mãe não parece motivada para amamentar	<input type="checkbox"/>
Mãe parece saudável	<input type="checkbox"/>	Mãe parece doente ou depressiva	<input type="checkbox"/>
Mãe relaxada e confortável	<input type="checkbox"/>	Mãe parece tensa e desconfortável	<input type="checkbox"/>
Sinais de vinculação entre a mãe e o RN	<input type="checkbox"/>	Não há contato visual entre a mãe e o RN	<input type="checkbox"/>
<b>Recém - Nascido</b>			
RN parece saudável	<input type="checkbox"/>	RN parece doente ou sonolento	<input type="checkbox"/>
RN calmo e relaxado	<input type="checkbox"/>	RN está agitado ou chora	<input type="checkbox"/>
RN roda a cabeça e procura a mama se tem fome	<input type="checkbox"/>	RN não roda nem procura a mama	<input type="checkbox"/>
<b>Anatomia da Mama</b>			
Mamas aparentemente sãs	<input type="checkbox"/>	Mama ruborizada, cheia ou inflamada	<input type="checkbox"/>
Nenhuma dor ou desconforto	<input type="checkbox"/>	Mamas ou mamilos dolorosos	<input type="checkbox"/>
Mama apoiada com os dedos longe do mamilo	<input type="checkbox"/>	Mama apoiada com os dedos sobre a aréola	<input type="checkbox"/>
<b>Posição da Criança</b>			
Cabeça e corpo do RN alinhados	<input type="checkbox"/>	Cabeça e corpo do RN desalinhados	<input type="checkbox"/>
RN junto do corpo da mãe	<input type="checkbox"/>	RN afastado do corpo da mãe	<input type="checkbox"/>
Todo o corpo do RN apoiado	<input type="checkbox"/>	RN apoiada apenas pela cabeça e pescoço	<input type="checkbox"/>
RN à mama com o nariz de frente para o mamilo	<input type="checkbox"/>	RN à mama, com o lábio inferior/ mento frente ao mamilo	<input type="checkbox"/>
<b>Pega da Criança</b>			
Mais aréola visível acima do lábio superior	<input type="checkbox"/>	Mais aréola visível abaixo do lábio inferior	<input type="checkbox"/>
Boca do RN bem aberta	<input type="checkbox"/>	Boca do RN pouco aberta	<input type="checkbox"/>
Lábio inferior virado para fora	<input type="checkbox"/>	Lábio inferior virado para dentro	<input type="checkbox"/>
Queixo do RN toca a mama	<input type="checkbox"/>	Queixo do RN não toca a mama	<input type="checkbox"/>
<b>Sucção</b>			
Sucção lenta e profunda, com pausas	<input type="checkbox"/>	Sucção rápida e superficial	<input type="checkbox"/>
Bochechas arredondadas quando mama	<input type="checkbox"/>	Bochechas côncavas quando mama	<input type="checkbox"/>
RN afasta-se da mama quando termina	<input type="checkbox"/>	Mãe retira o RN da mama	<input type="checkbox"/>
Mãe com sinais de reflexo de ocitocina	<input type="checkbox"/>	Mãe sem sinais de reflexo de ocitocina	<input type="checkbox"/>

**Apêndice M: Folheto de Divulgação e Programa do Primeiro Curso de promotores do AM realizado no HESE-EPE**



# 1º curso de promoção e suporte ao aleitamento materno

**objetivos:** | promover que cada técnico de saúde apoie com segurança as mães no aleitamento precoce e exclusivo e que esta instituição progrida no sentido de ser designada Hospital Amigo dos Bebés

**destinatários** | enfermeiros, médicos e técnicos de saúde da área materno-infantil (neonatologia, obstetria e pediatria - consulta externa, internamento e urgência pediátrica)

**certificação** | para participantes em pelo menos 95% da duração

**duração** | 20 horas / 3 dias

**horário** | 9~17:15 / 8:30~16:45 / 8:30~16:15

**local** | sala de formação 2 / HESE, EPE

**lotação** | 20 formandos internos

**inscrição** | até 11 abril 2013

## **inscrição com ficha individual**

- > totalmente preenchida
- > assinada e carimbada pelo superior hierárquico
- > entregue no Gabinete de Formação

A frequência da ação/curso de formação só se considera efetiva após confirmação da seleção pelo Gabinete de Formação

## **organização e contactos**

**Gabinete de Formação do HESE, EPE**  
Hospital do Espírito Santo, EPE | Hospital Central  
Largo Senhor da Pobreza | 7000-811 Évora

Unidade Acreditada pela ACSS  
Processo de Renovação nº 019/30-10-2000  
Despacho Ministerial de 13-06-2001

**Atendimento:** 9~12,30 | 14~17,30 h  
**Telefone:** 266 740 102 | **Fax:** 266 740 117  
**Extensão:** 1217 / 1219

[sec.formacao@hevora.min-saude.pt](mailto:sec.formacao@hevora.min-saude.pt)

[www.hevora.min-saude.pt](http://www.hevora.min-saude.pt)



# 1º curso de promoção e suporte ao aleitamento materno



Foto: José Cruz | cedida ao projeto hospital amigo dos bebés

**15 | 16 | 17 abril 2013**

9:00	introdução ao curso <i>Enf.ª Alda Santos</i>	8:30	7 ~ ajudar a amamentar ~ passo 5 (secções 4 ~ 7) <i>Enf.ª Ana Raposo</i>
9:30	1 ~ BFHI: uma estratégia global <i>Enf.ª Alda Santos</i>	9:15	8 ~ práticas que ajudam na amamentação ~ passos 6, 7, 8 e 9 <i>Enf.ª Fernanda Augusto</i>
10:00	2 ~ competências da comunicação <i>Enf.ª Eva Bação</i>	10:15	intervalo
11:00	intervalo	10:30	prática clínica 1 ~ observar e apoiar uma mamada <i>Enf.ª Alda Santos, Ana Raposo, Cláudia Silva, Eva Bação e Fernanda Augusto</i>
11:15	3 ~ promoção do aleitamento materno durante a gravidez ~ passo 3 <i>Enf.ª Ana Raposo</i>	12:00	9 ~ Produção de leite <i>Enf.ª Alda Santos</i>
12:45	4 ~ proteção do aleitamento materno <i>Enf.ª Cláudia Silva</i>	13:15	almooço
13:30	almooço	14:15	10 ~ bebés com necessidades especiais <i>Enf.ª Cláudia Silva</i>
14:30	5 ~ práticas hospitalares no parto e aleitamento ~ passo 4 <i>Enf.ª Fernanda Augusto</i>	15:00	11 ~ quando o bebé não pode ser amamentado ~ passo 5 <i>Enf.ª Cláudia Silva</i>
15:45	6 ~ transferência do leite da mama para o bebé <i>Enf.ª Alda Santos</i>	16:00	13 ~ sobre a saúde materna ~ nutrição, saúde e fertilidade <i>Enf.ª Alda Santos</i>
16:30	7 ~ ajudar a amamentar ~ passo 5 (secções 1 ~ 3) <i>Enf.ª Eva Bação</i>	16:45	saída
17:15	saída		
		10:00	prática clínica 2 ~ conversar sobre o aleitamento materno com grávidas <i>Enf.ª Alda Santos, Ana Raposo, Cláudia Silva, Eva Bação e Fernanda Augusto</i>
		11:00	intervalo
		11:15	prática clínica 3 ~ extração manual do leite e administração por copo <i>Enf.ª Alda Santos, Ana Raposo, Cláudia Silva, Eva Bação e Fernanda Augusto</i>
		12:30	almooço
		13:30	14 ~ apoio às mães que amamentam após a alta ~ passo 10 <i>Enf.ª Fernanda Augusto</i>
		14:45	15 ~ certificação hospital amigo dos bebés <i>Enf.ª Alda Santos</i>
		16:15	saída

**Apêndice N: Documento síntese do projeto solicitado pela Administração do HESE-EPE e outros pedidos de autorização no contexto do projeto**

Évora, 5 de Dezembro de 2012

Exma. Sr.<sup>a</sup> Presidente  
Conselho de administração do HESE  
Professora Doutora Maria Filomena Mendes

No âmbito do Projeto “Hospital Amigo dos Bebés” e no seguimento da reunião de trabalho com a Exma Sr.<sup>a</sup> Presidente do Conselho de Administração no passado dia 4 de Dezembro, serve o presente para submeter o documento “Política Interna de Aleitamento Materno do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE a apreciação/aprovação pelo Conselho de Administração.

Solicitamos ainda:

- Apoio do Gabinete de Comunicação e Marketing do HESE e da Central de Impressão para a Elaboração dos Cartazes e panfletos de divulgação do projeto;
- Atribuição de email institucional para registo na plataforma da Direção Geral de Saúde [DGS] e receção dos respetivos relatórios mensais;
- Apoio do gabinete de formação para divulgação e apoio logístico à Formação em Serviço na área do aleitamento materno, que não acarretará custos adicionais com formadores;
- Apoio para criação do Cantinho da amamentação, que deverá contemplar um espaço físico próprio e ter presente um profissional de saúde Conselheiro em Aleitamento Materno, disponível para atender às necessidades das puérperas durante o internamento/após a alta. Este espaço deverá ser equipado pela MEDELA, sem custos adicionais com material;
- Criação de uma linha telefónica direta para Serviço de Obstetrícia/Ginecologia a fim de ser divulgada como um recurso de apoio disponível após a alta da maternidade;
- Aquisição de Material constante no orçamento enviado anteriormente (reenviado em anexo);
- Autorização para remover publicidade dos brindes distribuídos na maternidade e dos serviços (quando exposto e/ou acessível às mães/utentes do HESE, EPE;
- Autorização iniciar contato com os Centros de Saúde da Área de Influência deste hospital com o objetivo de articulação entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários (acesso dos profissionais responsáveis pela área de Saúde Materna à formação em Aleitamento Materno e diligências necessárias ao desenvolvimento de fontes de apoio após a alta hospitalar);
- Abertura de concurso para aquisição de fórmulas infantis.

Sem outro assunto de momento,  
Com os melhores cumprimentos

Pel' O Grupo de Trabalho

Parecer do Diretor de Serviço da Obstetria (Dr. Vítor Manuel Caeiro),  
Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetria (Enf.ª Luzia Ambrósio), Diretor de  
Serviço de Pediatria (Dr. Hélder Manuel Martins Gonçalves), Enfermeiro Diretor  
(Enf.ª José Chora), Coordenador do Serviço de Neonatologia (Dr. Hélder Rui  
Ornelas) e Responsável do Sector de Recém-Nascidos da Maternidade (Dr. António  
Miguel Galrito)

*Concordo com o  
projecto*

*[Handwritten Signature]*  
SERVIÇO DE GINECOLOGIA  
E OBSTETRIA  
DIRECTOR DO SERVIÇO

DR. VÍTOR CAEIRO

*Tudo o que  
for AMF*

*Nada a opor na  
viabilidade deste  
projecto de interesse  
para o serviço.*

*Luzia Ambrósio*  
Enf. Responsável do Serviço de Obstetria

*É da Póvoa a  
fórmula que deve  
ser acordada e  
reconhecida*  
SERVIÇO DE PEDIATRIA  
DIRECTOR DE SERVIÇO  
*[Handwritten Signature]*  
(Helder Manuel M. Gonçalves)  
2014 06.12.12


*Com a sua total aprovação*

Unidade de Neonatologia  
Médico Responsável

Hélder Ornelas

*[Handwritten Signature]*



	<b>POLÍTICA HOSPITALAR do AM</b>	
<b>PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO</b>		

<b>SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO</b>	
-------------------------------	--

<b>APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO</b>
--

**Nome:** Política de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno do HESE-EPE

**Âmbito de Aplicação:**

Aplica-se a todos os funcionários e colaboradores do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE [HESE, EPE] no contexto da divulgação do projeto e diretamente a todos os profissionais de saúde do HESE,EPE no contexto da prestação de cuidados nos setores materno-infantis.

**Distribuição:**

Distribuição Geral

**Responsabilidade:**

**Pela implementação e revisão do procedimento:**

Comité do Aleitamento Materno do HESE-EPE

**SIGLAS E ABREVIATURAS:**

**HESE,EPE** - Hospital do Espírito Santo de Évora, Entidade Pública Empresarial;

**AM** - Aleitamento Materno;

**RN** - Recém-nascido

**Avaliação da Política:**

Esta política será alvo de avaliação anual, com as respetivas alterações sempre e quando necessário. A forma de avaliação encontra-se em fase de análise.

<b>ELABORAÇÃO</b>	<b>VERIFICAÇÃO</b>	<b>PRÓXIMA EDIÇÃO</b>
-------------------	--------------------	-----------------------

### Objetivo/Finalidade:

O Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E [HESE-EPE] recomenda a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno [AM] em ambiente propício ao acontecimento, garantindo informações completas e apropriadas sobre os benefícios do AM bem como os riscos dos seus substitutos. Internacionalmente as orientações preconizadas visam: todas as mulheres têm direito a receber informação clara e imparcial, habilitando-as à decisão informada sobre a forma de alimentar e cuidar os seus filhos.

Aos pais cuja opção seja o leite artificial deve-se proporcionar ensino sobre como preparar corretamente o mesmo no período pós-natal. Tais instruções nunca deverão ser concedidas no período pré-natal, dado que a informação fornecida nesta fase não é retida adequadamente, podendo reduzir a confiança materna na capacidade em amamentar.

Aos profissionais de saúde incumbe-lhe não discriminarem as mulheres relativamente ao método adotado para alimentarem os seus filhos, disponibilizando apoio pleno na escolha efetuada.

A publicidade a substitutos de leite materno não é permitida, bem como a biberões, tetinas ou chupetas, ainda, a exibição de logótipos dos fabricantes de substitutos de leite materno ou outras empresas com interesses comerciais na área da saúde materno-infantil, assim como a distribuição de literatura providenciada por estas entidades. O material educativo a distribuir será aprovado Grupo de Trabalho do projeto “Hospital Amigo dos Bebés” do HESE, EPE

O pessoal envolvido nos cuidados possuirá conhecimento das orientações existentes no sentido de atuar em conformidade com estas. Todo o desvio deve ser justificado e registado nos processos clínicos da mãe e do bebé.

### Definição de Conceitos:

**Amamentação exclusiva ou Aleitamento materno exclusivo:** O bebé é alimentado apenas com leite materno, não ingerindo nenhum outro tipo de líquido ou sólido incluindo a água; pode ingerir também leite materno extraído da mama e oferecido ao bebé.

**Amamentação predominante ou Aleitamento materno predominante:** O bebé é alimentado com leite materno, mas são-lhe oferecidos outros alimentos como sejam água, líquidos com maioria de água ou e/ ou chá; também denominado aleitamento materno quase exclusivo/ amamentação quase exclusiva.

**Aleitamento Misto:** Refere-se à alimentação do bebé com leite materno em algumas mamadas e de leite artificial noutras ou na mesma mamada, seja leite artificial, cereal ou outro alimento.

**Aleitamento materno complementar:** Neste regime alimentar o recém-nascido [RN] é alimentado com outros alimentos, além do leite materno, após os seis meses de idade.

### **DESCRIÇÃO:**

O aleitamento materno é considerado a forma mais saudável de uma mulher alimentar o seu filho, reconhecendo-se os indispensáveis benefícios que transmite para a saúde da mãe e da criança comprovado cientificamente, salienta-se:

- ▣ Para a criança, a nível físico e emocional promovendo o vínculo afetivo da díade mãe/filho, contém os nutrientes adequados, de fácil digestão, beneficia o sistema imunitário;
- ▣ Para a mãe, a nível físico e psicológico, promove a involução uterina, previne a osteoporose e diminui a probabilidade de cancro da mama, ovário e colo do útero;
- ▣ Utilização prática;
- ▣ Vantagens a nível económico, familiar, social e ambiental.

As evidências científicas sobre a efetividade da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés [IHAB] ainda são escassas e nem sempre consensuais. De facto, são necessários mais estudos sobre o assunto que sirvam de espelho à situação real e aos resultados que a implementação sistemática dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno poderão acrescentar em termos de qualidade de vida e saúde das crianças amamentadas e das suas mães a curto, médio e longo prazo. Ainda assim, é consensual que a iniciativa trouxe vantagens na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, ou não fosse a iniciativa desenvolvida pela OMS, entidade que controla a saúde das populações e desenvolve os programas que melhor respondem às suas necessidades.

Considera-se que a amamentação é bem-sucedida essencialmente quando se prolonga no tempo de forma que dure, pelo menos, até aos seis meses em regime exclusivo. No entanto é também necessário que o bebé apresente bom estado nutricional, aumente de peso e apresente um desenvolvimento psicomotor adequados para a idade. O sucesso da amamentação também pode ser avaliado através da qualidade da interação entre a mãe e o bebé, já que se pressupõe ser um momento de prazer, mutuamente vivido e não encarado por parte da mulher como uma obrigação. Neste sentido deve sempre ter-se em conta o projeto de amamentação da mulher, pois um processo de amamentação de curta duração pode ser um sucesso para a mulher se essa fosse a sua expectativa (Levy & Bértolo, 2008).

De acordo com os autores acima referidos, alguns estudos portugueses identificam uma elevada incidência de mulheres que iniciam a amamentação mas mostram também que cerca de metade dessas mulheres desistem de amamentar cerca do primeiro mês de vida dos seus filhos. Tendo em conta estes dados, é fulcral continuar a implementar medidas que promovam o sucesso do aleitamento materno em Portugal.

De acordo com a revisão realizada pela Academia Médica de Lactancia Materna [ABM] (2010) as mulheres atendidas em instituições que implementam os passos de promoção e proteção do aleitamento materno apresentam uma probabilidade 6 vezes maior de cumprir os seus objetivos de amamentação exclusiva comparativamente com instituições que não implementam as mesmas medidas ou que implementam apenas um pequeno numero das mesmas. Além disso, verificou-se que a duração do aleitamento materno é superior quando os hospitais revelam maior respeito pelas medidas. A mesma revisão mostra que as práticas relacionadas com a iniciativa Hospital Amigo dos Bebés têm resultados no que respeita à amamentação e que as mulheres que não experimentam nenhum dos 10 passos implementados pela referida iniciativa apresentam uma probabilidade 13 vezes superior de deixar de amamentar precocemente em comparação com aquelas que experimentam pelo menos 6 passos. Quanto mais passos experimentam, maior a duração e exclusividade do aleitamento materno aos dois meses de vida do bebé.

### **10 PASSOS PARA SER CONSIDERADO HOSPITAL AMIGO DOS BEBÉS:**

- PASSO 1** - Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde;
- PASSO 2** - Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- PASSO 3** - Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
- PASSO 4** - Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento;
- PASSO 5** - Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;
- PASSO 6** - Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser segundo prescrição médica;
- PASSO 7** - Praticar o alojamento conjunto – permitir que a mãe e o bebé permaneçam juntos 24 horas por dia;
- PASSO 8** - Dar de mamar sempre que o bebé queira;
- PASSO 9** - Não dar tetinas ou chupetas a crianças amamentadas ao peito, pelo menos até que esteja bem estabelecida a amamentação;
- PASSO 10** - Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

## RESUMO DA POLÍTICA A AFIXAR

Este Hospital desenvolveu uma política de proteção, promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno, conforme a declaração da OMS/UNICEF (1989), a qual se encontrará afixada em todos os serviços que atendem grávidas e mães com os seus bebés. Formamos os nossos profissionais para que implementem a política que defendemos; esta política é atualizada e transmitida regularmente a todos os profissionais de saúde envolvidos;

Esforçamo-nos por informar todas as grávidas sobre as vantagens do aleitamento materno e sobre a sua prática;

Efetuamos registos sistemáticos, no processo materno, sobre a história de amamentação/qualidade das mamadas e possíveis dificuldades/necessidades especiais; no processo do bebé, registamos a adaptação do recém-nascido à mama e ao decurso da amamentação;

Oferecemos ajuda uniforme e atualizada às mães que pretendem amamentar, no sentido de ultrapassarem as dificuldades, quando existem. Todas as mães recebem informação e apoio acerca da técnica de amamentação, ajuda prática, com vista à promoção da sua independência e da sua capacidade para a resolução de dificuldades. Sempre que possível, tentamos ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno dentro da primeira meia hora após o parto e a mantê-lo de acordo com as suas expetativas;

Neste hospital os filhos permanecem junto da mãe 24 horas por dia salvo situações clínicas que exijam a separação mas é aconselhada a presença dos pais das 8h-00h no serviço de Neonatologia. Os recém-nascidos [RN] podem mamar em horário livre; as mães são encorajadas a amamentar os seus filhos sempre que este mostre sinais de prontidão, não os obrigando a cumprir horários rígidos ou duração para cada mamada, sendo no entanto aconselhadas a amamentar os filhos entre 8-12 vezes por dia;

Sempre e quando não haja contraindicação, ensinamos as mães a amamentar e a manter a lactação, mesmo que necessitem de ser temporariamente separadas dos seus filhos. Após a alta da mãe, oferecemos alojamento hospitalar para que possam estar mais próximas dos seus filhos e manter a amamentação;

Não damos aos recém-nascidos nenhum outro líquido ou alimento além do leite materno, A MENOS QUE SEJA POR INDICAÇÃO MÉDICA; todos os profissionais devem conhecer e cumprir o Código de Ética dos Substitutos do Leite Materno; As mães são ainda informadas dos riscos dos leites de fórmula. Desencorajamos o uso de chupetas, tetinas ou mamilos de silicone a crianças amamentadas ao peito, informando as grávidas/ mães sobre os riscos a estes associados;

Na preparação para a alta, as mães são informadas das diferentes formas de obter apoio na amamentação após a alta (centro de saúde, linhas de apoio à amamentação e disponibilizamo-nos para que contactem o serviço de obstetrícia caso tenham dúvidas ou dificuldades nas quais necessitem de ajuda. É nosso objetivo criar um cantinho de apoio à amamentação, para atender as mães que necessitem de ajuda. Encorajamos a criação de grupos de apoio de mães que amamentam para que se entreajudem.

## PASSOS PARA O SUCESSO...

### **TER UMA NORMA ESCRITA SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO, ROTINEIRAMENTE TRANSMITIDA A TODA A EQUIPA DE CUIDADOS DE SAÚDE**

Esta norma foi desenvolvida como um documento de apoio à prestação de cuidados que transmita a atitude adotada pelo HESE, EPE relativamente ao aleitamento materno e à forma de cuidar a mulher/ grávida/ mãe e bebés latentes. Depois de validada e aprovada Será transmitida a todos os profissionais e colaboradores do HESE, EPE adaptada à função e relação dos mesmos com o tema.

O objetivo da equipa é transmitir a todos os funcionários a política de aleitamento materno desenvolvida. Aos profissionais de saúde que prestam cuidados diretamente a grávidas e/ou mulheres/família com filhos os conhecimentos necessários para implementar a política desenvolvida a fim de aproximar, tanto quanto possível, as práticas daquelas que são preconizadas pela Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés [IHAB] e posteriormente submeter a Candidatura para a acreditação do HESE, EPE a Hospital Amigo dos Bebés [HAB]. Os novos colaboradores receberão, sempre que possível, formação sobre a política de aleitamento materno do hospital dentro dos primeiros seis meses de trabalho.

No que respeita aos utentes deste hospital, serão fornecidos folhetos informativos sobre a política hospitalar do aleitamento materno para que aqueles que recorrem ao mesmo, principalmente mulheres/grávidas/família, possam conhecer a política que se defende e a essência dos cuidados que lhe serão oferecidos. Para o conseguir distribuir-se-ão folhetos no serviço de consulta externa, na maternidade e nos serviços de Pediatria. A distribuição desses folhetos poderão ser posteriormente fornecidos nos centros de saúde da área de influência do Hospital.

Um resumo da política será afixado no Hospital, em todos os locais considerados pertinentes, concretamente nos serviços que atendem a grávidas e/ou mães/bébés e suas famílias e são disponibilizadas cópias da versão integral na intranet e para consulta nos serviços envolvidos/interessados bem como aos órgãos de gestão do Hospital.

## **TREINAR TODA A EQUIPA DE CUIDADOS DE SAÚDE, CAPACITANDO-A PARA IMPLEMENTAR ESTA NORMA**

De forma a capacitar as equipas para implementar a política de aleitamento materno, será realizada formação sobre a política e sobre aspetos teórico-práticos do aleitamento materno a todos os profissionais adequada ao grupo profissional a que pertencem. Os novos profissionais dos serviços envolvidos receberão formação, sempre que possível, dentro dos primeiros seis meses de trabalho. Se possível serão desenvolvidos cursos de promotores do aleitamento materno e/ou aconselhamento em aleitamento materno, no HESE, EPE, para que os profissionais interessados possam frequentá-los e desenvolver competências na área de prestação de cuidados e do aconselhamento em aleitamento materno.

A informação (calendário/ horário/ duração, etc.) relativa à formação sobre a política e sobre aleitamento materno será divulgada tão breve quanto possível após a validação/ aprovação desta política.

## **INFORMAR TODAS AS GRÁVIDAS SOBRE AS VANTAGENS E A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO**

Excluindo contraindicações, o leite materno é o melhor alimento que se pode oferecer ao recém-nascido, sendo completo e sem necessidade que qualquer outro líquido ou suplemento, até aos seis meses de vida do bebé. Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno; no entanto, quase metade das mães desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé, assim, é essencial que se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno, informando as grávidas sobre as vantagens desta prática para o recém-nascido e para a própria mãe (Sandes, Nascimento, Figueira, Gouveia, Valente, Martins *et al*, 2007).

O leite materno é composto por água, 7% de hidratos de carbono, 3-5% de gordura, 0.9% de proteínas e 0.2% de minerais. Todas as classes de imunoglobulinas são encontradas no leite materno, a Ig A representa 90% destas e parece ter um papel muito importante na proteção contra os patogénicos entéricos. Esta composição é muito equilibrada e adaptada às necessidades do recém-nascido, com múltiplas vantagens para este, nomeadamente um menor risco de desenvolver infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias e proteção das alergias, especialmente as que estão associadas à proteína do leite de vaca (Walker, 2006).

Em contraste com o avanço do conhecimento sobre o papel da amamentação e do leite materno para a saúde da criança, fala-se pouco acerca dos benefícios do aleitamento materno para a mulher de extrema importância. Uma revisão de 47 estudos realizados em 30 países, cerca de 50 mil mulheres com cancro de mama sugeriu que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no cancro de mama. A amamentação foi tanto mais protetora quanto mais prolongada e o risco relativo de ter cancro decresceu 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação, independentemente da origem das mulheres, idade, etnia e

número de filhos. Embora existam poucos estudos relacionando a prática de amamentar ao cancro de ovário, pode-se afirmar que o risco da doença é menor em mulheres que amamentam. Alguns autores sugerem que a amamentação, independentemente da paridade, pode diminuir o risco de fraturas ósseas por osteoporose. Concluindo, para a mãe, as vantagens relacionam-se com uma recuperação ponderal mais rápida bem como a involução uterina para o tamanho e posição anterior à gravidez e diminui a probabilidade de desenvolver cancro da mama e do ovário. Além disso, poderá proteger a mãe de uma futura gravidez; no entanto, a amamentação apenas funciona como método contraceptivo se for praticada em regime livre, mantidas as mamadas noturnas, sem suplementos de outro leite ou complementado com outros alimentos. Assim, a mulher ficará protegida de outra gravidez até aos seis meses ou até a menstruação regressar (Beral, Bull, Doll, Peto, Reeves, Skegg *et al*, 2002; Rea, 2004).

### **AJUDAR AS MÃES A INICIAR A AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA MEIA HORA APÓS O NASCIMENTO**

A ABM (2010) recomenda o contacto pele a pele após o nascimento por parto vaginal e/ou quando a mãe e RN apresentem condições para o mesmo. O contacto pele a pele proporciona-se colocando o RN despido em decúbito ventral sobre o tórax nu da mãe e é conveniente que os dois sejam cobertos com uma manta térmica. Os cuidados imediatos ao RN podem ser prestados em contacto com a mãe ou adiados uma hora após o parto para que não interfiram no contacto da díade nem na amamentação. Recomenda-se que a primeira mamada decorra neste período de forma que o RN explore e procure a mama, iniciando-se assim o aleitamento dentro da primeira hora pós-parto ou logo que o RN apresente sinais de prontidão.

No parto por cesariana, o início da amamentação deve incentivar-se o mais cedo possível, na sala operatória ou no recobro.

<b>PRÁTICAS RECOMENDADAS PARA A PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO APÓS O PARTO POR CESARIANA</b>
Contacto precoce mãe-filho. Evitar a separação a menos que seja indicação médica;
Amamentação precoce <1H pós-parto. Pode acontecer no local do nascimento ou no recobro;
Anestesia loco-regional/epidural para a realização da Cesariana;
Posicionamento do RN de forma a minimizar o desconforto no local da incisão - deitado de lado ou em posição de "Bola de Rugby". Podem ser usadas almofadas para proteger o local da incisão;
Uso de medicação regional após a laqueação do cordão para reduzir a necessidade de narcóticos pós-parto;
Uso preferencial de narcóticos com menos efeitos adversos no pós-parto;
Aleitamento materno frequente e alojamento conjunto tal como no parto vaginal;
Proporcionar os procedimentos de extração precoce manualmente ou com bomba elétrica no caso de separação da díade (Ex. prematuridade) a ser iniciada no mesmo dia do parto ou tão breve quanto possível;
Facilitar o apoio por um profissional com formação em aleitamento materno;
Monitorização e reforço na atenção das situações em que a mãe que iniciou tardiamente o aleitamento ou em que o RN apresente perda excessiva de peso;
Educação e promoção de métodos de apoio ao aleitamento materno a todos os membros da família.



## **SINAIS DE PRONTIDÃO DO BEBÉ PARA MAMAR**

O bebé procura a mama fazendo movimentos com a cabeça, abrindo a boca e sugando quando algo se aproxima da sua boca;

## **MOstrar ÀS MÃES COMO AMAMENTAR E MANTER A LACTAÇÃO, MESMO QUE TENHAM DE SER SEPARADAS DOS SEUS FILHOS TEMPORARIAMENTE**

Existem variadas razões que podem levar a que a mãe tenha de separar-se do seu filho e/ou a precisar extrair leite para deixar para o bebé/ guardar para oferecer ao bebé posteriormente. Apresentam-se as indicações mais frequentes:

- \* Estimular a produção de colostro/ leite materno (Ex. pouco colostro ou parto prematuro que não pode/consegue mamar);
- \* Manter a produção de leite quando a mãe está doente e não pode amamentar ou tomou medicamentos que impedem a amamentação;
- \* Aumentar a produção de leite (pouco leite);
- \* Alívio de sintomas (subida do leite) ou ajudar o bebé a pegar se a mama está cheia;
- \* Ajuda enquanto o bebé não aprende a pegar na mama (reflexos débeis, mamilo plano e/ou invertido);
- \* Quando a mãe tem de se ausentar em caso de uma saída planeada, uma ida ao ginásio ou a uma consulta;
- \* Regresso ao trabalho, para ter leite, aliviar o ingurgitamento/ gotejar das mamas;
- \* Situação de doença com necessidade de internamento da mãe ou do bebé (Ex. Internamento em serviço de Neonatologia);

Seja qual for a razão, os princípios de extração e conservação do leite materno [LM] são idênticos (EM ANEXO).

## **NÃO DAR AO RECÉM-NASCIDO NENHUM OUTRO ALIMENTO OU LÍQUIDO ALÉM DO LEITE MATERNO, A NÃO SER SEGUNDO PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Não deve ser oferecida água ou leite artificial a um bebé amamentado exceto em casos cuja situação clínica o obrigue ou por escolha informada dos pais. A decisão de instituir aleitamento artificial suplementar, por razões clínicas, deve ser tomada por um neonatologista. As razões da suplementação devem ser comunicadas/discutidas com os pais e com a equipa de enfermagem e registadas no processo clínico do bebé.

Todas as mães que se encontrem a amamentar devem receber instrução acerca da pega e posicionamento adequado, sucção nutritiva e deglutição, produção de leite, frequência das mamadas e sinais de fome, extração manual de leite e uso de bomba (caso esteja indicado), sinais de avaliação do lactente bem nutrido e sinais de alarme que deverão motivar o contacto imediato com os profissionais de saúde. Deve ainda ser

distribuído um folheto informativo e feito reforço dessa informação antes da alta.

Previamente à oferta de leite artificial a bebês amamentados devem ser realizados todos os esforços no sentido de aumentar a produção de leite materno, tanto através da amamentação (correção da pega, aumento do número de mamadas, etc.), como através da extração de leite para ser oferecido ao bebê através de copo ou seringa. Esta abordagem contribuirá sem dúvida para a redução da necessidade de oferecer leite artificial.

Aos pais que solicitam leite artificial para suplemento da alimentação do bebê deve ser prestada informação acerca das implicações deste ato na saúde do bebê e do impacto negativo que possa haver no AM, para que estes possam decidir conscientes das consequências. Deve ser feito um registo desta informação/discussão no processo clínico do bebê.

## **PRATICAR O ALOJAMENTO CONJUNTO - PERMITIR QUE A MÃE E O BEBÊ PERMANEÇAM JUNTOS 24 HORAS POR DIA**

Praticar o alojamento conjunto não significa necessariamente que o bebê tenha de dormir na mesma cama que a mãe/pai. Vários estudos sobre o tema têm sido realizados ao longo do tempo e atualmente reconhece-se que dormir na mesma cama com a mãe é diferente de dormir no mesmo espaço físico, com benefícios e riscos. Se por um lado dormir com a mãe, na mesma cama, poderá ser um fator protetor do aleitamento materno pois a mãe percebe mais cedo os sinais de fome do bebê, pode ser mais cómodo amamentar e pode ser mais provável que o bebê mame mais durante a noite, por outro pode ser um risco acrescido para a morte por asfixia/ Síndrome de morte súbita do lactente [SMSL].

Por alojamento conjunto pode entender-se apenas que o bebê na maternidade permaneça no mesmo quarto da mãe, no seu berço, o que não o coloca em risco e por outro lado a mãe está mais perto para lhe prestar cuidados, vigiá-lo e amamenta-lo assim que o bebê apresente sinais de prontidão para mamar. Além disso parece existir uma diminuição do risco de SMSL na criança amamentada.

Assim, a ABM (2010) desenvolveu um conjunto de recomendações sobre o alojamento conjunto:

Considerando que a amamentação é a forma ótima de nutrição do bebê, qualquer recomendação acerca do início/ manutenção da amamentação deve dar-se cautelosamente sob pena de prejudicar os benefícios reconhecidos para a mãe e para a sociedade;

Não se recomenda a adoção de uma postura única em relação ao tema pois os profissionais devem ter em conta as circunstâncias étnicas/ culturais, socioeconómicas e os aspetos familiares ou antecedentes relacionados com o tema;

Recomenda-se que se incentivem os pais a manifestar a sua opinião e a procurar informação/ apoio por parte dos profissionais de saúde. Estes devem conseguir mostrar disponibilidade e sensibilidade perante as diferenças culturais relacionadas com as práticas de dormir;

Atualmente não existem evidências suficientes para recomendar convictamente uma outra atitude em relação às práticas de dormir. Como tal, os pais devem receber informação acerca dos riscos/benefícios de

dormir juntos e sobre as práticas de risco para que os pais possam tomar a sua própria decisão informada.

Baseado na pesquisa de vários autores, a comissão de protocolos da ABM (2010) reuniu os seguintes aspectos a incluir no **ensino à família**:

PRÁTICAS POTENCIALMENTE PERIGOSAS
Exposição materna a poluição/ fumo de tabaco;
Partilhar sofás, divãs ou sacos-cama com os bebés;
Partilhar camas de água ou usar materiais leves como roupa de cama;
Partilhar camas com espaços adjacentes por onde o bebé possa cair/ ficar entalado;
Deitar o bebé em decúbito ventral ou lateral na cama de adultos;
A ingestão de álcool ou drogas pelos adultos que altera o estado de consciência ou pode alterar os sentidos e estado de alerta;
Deitar o bebé na cama com outras crianças;
Deitar o bebé com <8-14 semanas pode associar-se a um maior risco de SMSL.

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS SOBRE MANUTENÇÃO DE UM AMBIENTE SEGURO
Deitar o bebé para dormir em decúbito dorsal e cabeça para o lado;
Deitar o bebé numa superfície firme e evitar colchões de água, divãs, almofadas, materiais suaves e roupa de cama solta;
Os cobertores/ roupa de cama devem ficar bem presos debaixo do colchão para reduzir o risco de tapar a cabeça do bebé;
Assegurar-se que nada cubra a cabeça do bebé. Se a casa/quarto estiver frio pode usar-se um saco de água quente junto do bebé (devidamente protegido) para manter o calor;
Evitar o uso de edredons, cobertores, colchas, almofadas e peluches perto do bebé;
Não usar almofadas na cabeceira do bebé;
Não deitar o bebé sozinho numa cama de adulto;
Informar os pais que a sua cama representa um risco para o bebé e não cumpre as normas de segurança aconselhadas;
Assegurar-se que não existem espaços entre o colchão e a cabeceira da cama, paredes ou outras superfícies nas quais o bebé pode ficar entalado e provocar asfixia;
Colocar um colchão firme diretamente no chão e longe da parede poderia ser uma alternativa segura. Outra hipótese seria usar uma cama de bebé que se pudesse fixar à cama/colchão dos adultos de forma que o bebé se mantivesse perto dos mesmos mas separado em termos de espaço para dormir. Atualmente não existem no entanto dados suficientes para garantir a segurança destas medidas;
Aparentemente dormir na mesma divisão da casa que os pais ocupam, constitui um fator de proteção para o SMSL.

## **DAR DE MAMAR SEMPRE QUE O BEBÉ QUEIRA**

Deve ser incentivada a alimentação a pedido do bebê, não deixando contudo passar mais que 3-4 horas da mamada anterior. As mães devem ser informadas da importância de alimentar o seu bebê pelo menos oito vezes, em cada 24 horas, até estar saciado.

As mães devem ser informadas que é aceitável acordar o bebê para o alimentar se as suas mamas estiverem muito ingurgitadas ou se for necessário aumentar a frequência das mamadas por razões clínicas. Este processo deverá, idealmente ser acompanhado por um profissional de saúde treinado em aconselhamento em aleitamento materno. Deve ainda ser explicada às mães a importância da amamentação noturna na produção de leite. Os procedimentos hospitalares não devem interferir com este princípio. A equipa deve garantir que as mães compreendem os sinais de fome que o bebê demonstra assim como a importância de lhe responder. É igualmente importante que as mães compreendam que os bebês têm surtos de crescimento e alteram o padrão alimentar nesses períodos, sem que isso signifique insatisfação por parte do bebê.

## **NÃO DAR TETINAS OU CHUPETAS A CRIANÇAS AMAMENTADAS AO PEITO, PELO MENOS ATÉ QUE ESTEJA BEM ESTABELECIDO A AMAMENTAÇÃO**

Lamounier (2003) refere que o uso de chupeta pode diminuir a frequência do aleitamento materno e com ele a diminuição na produção de leite provocando o desmame precoce. Outros autores alertam para os possíveis problemas ortodônticos provocados pelo uso inadequado dos músculos da boca. González (2004) refere a associação do uso da chupeta a um aumento do risco de Síndrome de Morte Súbita do latente. O ministério da Saúde do Brasil, com o objetivo de desencorajar a utilização da chupeta, colocou nas embalagens uma mensagem que adverte os riscos do seu uso na criança amamentada. O uso destes prejudica a amamentação e seu uso prolongado prejudica a dentição e a fala da criança (Lamounier, 2003). Algumas pessoas consideram “é normal usar chupeta”, “são anatómicas e adaptadas à boca do bebê”, “evitam que o bebê mame no dedo ou faça da mama chupeta” e algumas pessoas/ profissionais consideram-na mesmo benéfica daí que existem autores que referem o uso da chupeta como um fator cultural. Atualmente parece existir uma mudança de atitude com uma maior informação por parte das novas mães. Ainda assim, a chupeta e os mamilos de silicone (quando a mãe apresenta mamilo plano/ invertido) continua a fazer parte da mala de maternidade.

Existem algumas referências à chupeta como uma forma de treino de reflexos nos bebês com débil capacidade de sucção e/ou deglutição tal como o uso de biberão/tetina para oferecer suplementos de leite artificial ao bebê com a mesma justificação. Mesmo nesses casos, a Iniciativa Hospital Amigo dos bebês desaconselha o seu uso baseada na opinião que existem outras formas menos prejudiciais de obter o mesmo resultado como sejam o treino com o dedo da criança/ mãe, o uso de dispositivos como o fingerfeeder, administrar suplementos por copo, entre outros.

Pelo exposto, os profissionais não devem recomendar às mães o uso de chupetas ou tetina. A mulher/ família deve ser esclarecida de que a decisão é sua mas os profissionais de saúde devem informá-la acerca das desvantagens do uso de chupeta/ tetinas/ mamilos de silicone na adaptação do bebê à mama, nomeadamente a confusão de bicos e o entrave que colocam à mãe para conhecer as necessidades do bebê e reconhecer os sinais de fome/ prontidão para mamar. Este ensino/ resultado deve ser registado no processo do bebê. Os mamilos de silicone segue o mesmo princípio e só devem ser utilizados depois de esgotadas as alternativas e apenas numa fase transitória até que o bebê seja capaz de mamar diretamente ao peito.

### **ENCORAJAR A CRIAÇÃO DE GRUPOS DE APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO, ENCAMINHANDO AS MÃES PARA ESTES, APÓS A ALTA DO HOSPITAL OU DA MATERNIDADE**

Durante o tempo de internamento na maternidade não é possível ensinar tudo relativamente à amamentação já que, além do período de internamento ser atualmente dirigido às 48h-72H, a mulher não consegue assimilar tanta informação, uma vez que se apresenta mais direcionada para resolver os problemas que vão surgindo do que receptiva à aprendizagem (Lowdermilk & Perry, 2008).

Considerando a própria fisiologia deste período, a gravidez é o tempo ótimo para a preparação materna no que diz respeito ao AM, em que a mulher se apresenta sedenta de informação e muito motivada para aprender. A mulher/casal deve ser ensinada acerca das vantagens da amamentação/riscos da introdução precoce de fórmulas infantis de forma a poder tomar uma decisão informada. Se decide amamentar, deve ser-lhe dada toda a informação necessária, preparando-a tanto quanto possível neste assunto (Lowdermilk & Perry, 2008; Levy & Bertolo, 2012). Além do ensino durante a gravidez, Levy e Bertolo (2012) referem que o apoio/ajuda prática no estabelecimento da amamentação bem como o apoio continuado após a alta são determinantes no sucesso do AM.

Os grupos de apoio ao aleitamento materno, formados por profissionais ou por grupos de apoio mãe para mãe são uma ajuda determinante na manutenção do aleitamento materno, principalmente após a alta. A falta de apoio e/ou de conhecimentos são apontadas como uma das principais causas de desistência e desmame precoce pois as mães que não sentem apoio da família para encarar e resolver as dificuldades bem como a falta de autoconfiança levam muitas vezes a que as mães procurem o caminho aparentemente mais fácil e a passagem para a alimentação com leite artificial. É neste contexto que pretendemos criar o "Cantinho da Amamentação" no nosso hospital, oferecendo ajuda não só no estabelecimento da amamentação como um recurso de apoio na continuidade do processo (10º passo na IHAB). Este acompanhamento deve ser feito, idealmente, por Conselheiros em Amamentação, ou no mínimo com formação reconhecida no tema (i.e. Promotores do AM da OMS/UNICEF).

Assim, as mulheres devem ser encaminhadas no momento da alta para cantinhos de amamentação ou grupos de apoio disponíveis na comunidade (caso existam) bem como receber informação sobre linhas de apoio telefónico. O próprio serviço de Obstetrícia e/ou Neonatologia também

pode ser um recurso a disponibilizar para que a mulher possa recorrer em caso de necessidade.

Será também desenvolvido um folheto entregue no momento da alta com os contactos telefónicos mais pertinentes, sites reconhecidos na internet e referência de locais de apoio em Centros de Saúde do Distrito. Além disso é objetivo a curto/médio prazo a articulação com os Centros de Saúde do Distrito com o envio de uma carta de alta, sempre que possível, relativa à alimentação do bebé no Hospital e necessidades de apoio.

## **PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A MULHERES QUE, POR DECISÃO PRÓPRIA OU CONTRAINDICAÇÃO, NÃO PODEM AMAMENTAR**

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes do ambiente familiar e social de cada mulher bem como o conhecimento ou desconhecimento relativamente aos benefícios da amamentação. Não podemos nem devemos culpabilizar uma mãe que não quer ou não pode amamentar, providenciando nestes casos os conselhos adequados à prática de uma alimentação com leites artificiais. Temos, no entanto, a obrigação de informar e aconselhar todas as futuras mães quanto à prática do aleitamento materno, fornecendo informações quanto às vantagens para o bebé e para a própria saúde materna.

Os profissionais de saúde que cuidam mães e bebés latentes devem apoiar as mães que por alguma razão médica ou pessoal não podem amamentar. Deve ser-lhes transmitida a informação necessária sobre cuidados com os utensílios e manuseamento do leite artificial a fim de alimentarem os bebés com leite de fórmula em segurança. No entanto, essa informação será feita individualmente e não serão realizados ensinamentos em grupo nem na presença de mulheres que pretendem ou estão a amamentar.

No caso de ser uma decisão pessoal da mulher/ família esta deve ser respeitada na sua decisão mas informada das vantagens da amamentação e riscos da alimentação com leite de fórmula a fim de que a mulher tome uma decisão consciente e esclarecida. Não deve ser discriminada pela sua decisão. Sempre que possível deverá ser fornecida à mulher informação oral/ escrita sobre alimentação artificial e fontes de informação para que possa recorrer caso necessite.

### **Grupo de Trabalho:**

Enf.<sup>a</sup> Ana Sofia Martins Raposo Rainho

Enf.<sup>a</sup> Antónia Rosa Rosado Lopes Nobre

Dr.<sup>a</sup> Elisa Daniela Gonçalves Pereira

Dr.<sup>a</sup> Laura Maria Carlos Martins Barroso

### **Diretores de Serviço:**

**Obstetrícia** – Dr. Vítor Manuel Caeiro

**Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia** - Enf.<sup>a</sup> Luzia Ambrósio

**Pediatria** – Dr. Hélder Manuel Martins Gonçalves

**Coordenador do Serviço de Neonatologia** – Dr. Hélder Rui Ornelas

**Responsável do Sector de Recém-Nascidos da Maternidade:** Dr. António Miguel Galrito

### **Dinamizadores do Projeto por Sectores:**

#### **Serviço de Pediatria**

**Enfermaria** – Dr.<sup>a</sup> Susana Gomes, Dr.<sup>a</sup> Ângela Luz, Enf.<sup>a</sup> Lara Gato

**Urgência Pediátrica** – Dr.<sup>a</sup> Dora Fontes, Dr.<sup>a</sup> Joana Gaspar, Enf.<sup>a</sup> Cláudia Silva

**Consulta Externa** – Dr.<sup>a</sup> Andrea Teixeira, Enf.<sup>a</sup> Zélia Cameirão

**Neonatologia** – Dr.<sup>a</sup> Laura Martins, Dr.<sup>a</sup> Ana Simões, Enf.<sup>a</sup> Ana Malveira, Enf.<sup>a</sup> Maria Franco

**Obstetrícia** – Dr.<sup>a</sup> Isabel Nabais, Dr.<sup>a</sup> Vera Almeida, Dr.<sup>a</sup> Susana Pereira, Dr.<sup>a</sup> Ana Costa, Dr.<sup>a</sup> Elisa Pereira, Enf.<sup>a</sup> Ana Raposo, Enf.<sup>a</sup> Antónia Nobre, Enf.<sup>a</sup> Cláudia Alves, Enf.<sup>a</sup> Eva Bação, Enf.<sup>a</sup> Nídia Ildefonso, Enf.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Jesus Santos, Enf.<sup>a</sup> Fernanda Augusto.

**Bloco Operatório** – Enf.<sup>a</sup> Manuela Ferreira

**Psicóloga** - Dr.<sup>a</sup> Maria do Rosário Correia

**Dietista** – Dr.<sup>a</sup> Graça Raimundo

## ANEXO – POSTER A AFIXAR “10 PASSOS PARA O SUCESSO DO AM”



 Hospital do  
Espírito Santo

### HOSPITAL AMIGO DOS BEBÉS

10 PASSOS PARA SER CONSIDERADO HOSPITAL AMIGO DOS BEBÉS

- 1 Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde;
- 2 Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- 3 Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
- 4 Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia-hora após o nascimento;
- 5 Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;
- 6 Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser por prescrição médica;
- 7 Praticar o alojamento conjunto – permitir que a mãe e o bebé permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8 Dar de mamar sempre que o bebé queira;
- 9 Não dar tetinas ou chupetas a crianças amamentadas ao peito, pelo menos até que esteja bem estabelecida a amamentação;
- 10 Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.





## ANEXO - FOLHA DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Serviço de Obstetrícia - HESE, EPE	Formulário para observação da Mamada
Departamento de Enfermagem da Mulher, Criança e Adolescente	2012
Nome da mãe _____ Nome do RN _____	Data: _____ DN: _____

SINAIS DE ALEITAMENTO SEM DIFICULDADES	SINAIS DE POSSÍVEIS DIFICULDADES
<b>Mãe</b>	
Mãe parece motivada para amamentar <input type="checkbox"/>	Mãe não parece motivada para amamentar <input type="checkbox"/>
Mãe parece saudável <input type="checkbox"/>	Mãe parece doente ou depressiva <input type="checkbox"/>
Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/>	Mãe parece tensa e desconfortável <input type="checkbox"/>
Sinais de vinculação entre a mãe e o RN <input type="checkbox"/>	Não há contato visual entre a mãe e o RN <input type="checkbox"/>
<b>Recém - Nascido</b>	
RN parece saudável <input type="checkbox"/>	RN parece doente ou sonolento <input type="checkbox"/>
RN calmo e relaxado <input type="checkbox"/>	RN está agitado ou chora <input type="checkbox"/>
RN roda a cabeça e procura a mama se tem fome <input type="checkbox"/>	RN não roda nem procura a mama <input type="checkbox"/>
<b>Anatomia da Mama</b>	
Mamas aparentemente sãs <input type="checkbox"/>	Mama ruborizada, cheia ou inflamada <input type="checkbox"/>
Nenhuma dor ou desconforto <input type="checkbox"/>	Mamas ou mamilos dolorosos <input type="checkbox"/>
Mama apoiada com os dedos longe do mamilo <input type="checkbox"/>	Mama apoiada com os dedos sobre a aréola <input type="checkbox"/>
<b>Posição da Criança</b>	
Cabeça e corpo do RN alinhados <input type="checkbox"/>	Cabeça e corpo do RN desalinhados <input type="checkbox"/>
RN junto do corpo da mãe <input type="checkbox"/>	RN afastado do corpo da mãe <input type="checkbox"/>
Todo o corpo do RN apoiado <input type="checkbox"/>	RN apoiada apenas pela cabeça e pescoço <input type="checkbox"/>
RN à mama com o nariz de frente para o mamilo <input type="checkbox"/>	RN à mama, com o lábio inferior/ mento frente ao mamilo <input type="checkbox"/>
<b>Pega da Criança</b>	
Mais aréola visível acima do lábio superior <input type="checkbox"/>	Mais aréola visível abaixo do lábio inferior <input type="checkbox"/>
Boca do RN bem aberta <input type="checkbox"/>	Boca do RN pouco aberta <input type="checkbox"/>
Lábio inferior virado para fora <input type="checkbox"/>	Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/>
Queixo do RN toca a mama <input type="checkbox"/>	Queixo do RN não toca a mama <input type="checkbox"/>
<b>Sucção</b>	
Sucção lenta e profunda, com pausas <input type="checkbox"/>	Sucção rápida e superficial <input type="checkbox"/>
Bochechas arredondadas quando mama <input type="checkbox"/>	Bochechas côncavas quando mama <input type="checkbox"/>
RN afasta-se da mama quando termina <input type="checkbox"/>	Mãe retira o RN da mama <input type="checkbox"/>
Mãe com sinais de reflexo de ocitocina <input type="checkbox"/>	Mãe sem sinais de reflexo de ocitocina <input type="checkbox"/>

**Fonte:** Organização Mundial de Saúde & Fundo das Organizações Unidas para a Infância. (1993). *Manual do Conselheiro em Amamentação*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apontamentos da Conferência de aleitamento materno do Dr. Jack Newman em Évora a 28 de Setembro de 2012;
- Código de ética: substitutos do leite materno, biberões e tetinas da DGS;
- Comité de Protocolos de la Academia Médica de Lactancia Materna. (2010). *Protocolo Clínico de La ABM No.7: Políticas para el Modelo de Lactancia Materna*. Volume 5. Nº.4;
- Declaração de Innocenti. (1989). Disponível em [www.amamentar.net](http://www.amamentar.net);
- González, C. (2004). *Manual Prático do Aleitamento Materno*. Mama Mater - Associação. Parede;
- Lamounier, J. (2003). O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. Vol. 79. (4);
- Levy, L. & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Lisboa;
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Lisboa;
- Marlow, D. & Redding, B. (1990). *Enfermeria pediátrica*. 6.ª ed. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana. Tít. orig.: *Textbook of Pediatric Nursing*. - Vol. 1: Cuidado y evaluación del niño;
- Medela. S.d. Manual de Apoio à amamentação. (Fonte de figuras);
- Organização Mundial de Saúde & Fundo das Organizações Unidas para a Infância. (1993). *Manual do Conselheiro em Amamentação*. Fornecido pela Organização do Curso de Conselheiros em Amamentação. Lisboa;
- Beral, V., Bull, D., Doll, R., Peto, R., Reeves, G., Skegg, D. *et al* (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002 Jul 20;360 (9328):187-95;
- Sandes, A. Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E. Silva, L. (2007). ALEITAMENTO MATERNO - Prevalência e Fatores Condicionantes. *Ata Médica Portuguesa*. 20. 193-200. Disponível em [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com);
- Tamez, R. & Silva, M. (2002). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco*. (2.ª ed). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan;
- Rea, M. A amamentação e o uso de leite humano: o que recomenda a Academia. Americana de Pediatria. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, 1998; V.74, n3: 171-173;
- Walker, M. (2006). *Breastfeeding management for the clinician*. Using evidence. Boston. Jones and Bartlett Publishers;
- [www.amamentar.net](http://www.amamentar.net)
- [www.leitematerno.org](http://www.leitematerno.org)
- [www.medela.pt](http://www.medela.pt)

## Cronograma da Implementação do “Hospital Amigo dos Bebés”

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	(...)	JUNHO
<b>2013</b>	<p>Início de divulgação do programa do Hospital Amigo dos Bebés com afixação do cartaz dos 10 passos nos diversos sectores (cartaz com 80x120 cm - 6 cartazes) + Resumo da Política Hospitalar + cartaz grande para divulgação no átrio da pomba.</p> <p>Divulgação de panfletos do hospital Amigo dos bebês e política hospitalar nos serviços envolvidos.</p> <p>Divulgação do projeto na intranet do HESE</p> <p>Início do registo das praticas relativas à alimentação dos Recém-Nascidos na Plataforma da Direcção Geral de Saúde (DGS)- Registo do aleitamento materno</p>	<p>Formação para divulgação do projeto a todos os funcionários do hospital, com caracter obrigatório (exceto profissionais dos sectores envolvidos, que farão a formação específica) e com duração aproximada de 1:30 horas. Grupos de 50 pessoas. Total estimado: 1300.</p>	<p>Início da aplicação da política aos diversos sectores (sem publicidade, sem uso de leite oferecido).</p> <p>Início de funcionamento do Cantinho da amamentação, que deverá contemplar um espaço físico próprio e ter um profissional de saúde conselheiro em aleitamento materno disponível para atender às necessidades das puérperas.</p>	<p>Submissão do registo de intenção à comissão nacional do “Hospital Amigo dos Bebés”</p>		
	<p>Formação específica a médicos e enfermeiros dos serviços de Obstetrícia, Pediatria (Enfermaria de Pediatria, Consulta Externa, Neonatologia, Urgência Pediátrica e Maternidade) e Bloco Operatório, com caracter obrigatório - Grupos de 25 pessoas. Duração aproximada: 8 horas.</p> <p>Médicos Pediatras - 31 (23 especialistas+8 internos)</p> <p>Médicos Obstetras - 12 (7 Especialistas + 5 internos)</p> <p>Enfermeiros - 55 (pediatria) + 28 (obstetrícia) + 49 (bloco operatório) num Total de 175 px</p> <p>Abertura de curso de conselheiros em aleitamento materno (caracter facultativo a profissionais interessados) Duração: 40 horas</p>					

## Orçamento para o projeto Hospital Amigo dos Bebés

	<b>Código</b>	<b>Preço (sem IVA)</b>
<b>Creme de Lanolina pura - Purelan 100 (7 gr.) ou semelhante</b>	Cód. ANF 6161679	3,80€ / unidade (100 unidades/mês)
<b>Purelan 100 (37 gr.)</b>	Cód. ANF 6726018	7,98€ / unidade
<b>Finger feeder</b>	008,0027	17,80€/ 5 unidades (20 unidades)
<b>Copos Graduados reutilizáveis</b>	800,0507	5,93€/10 unidades (100 unidades)
<b>Extrator manual</b>	008,0023	9,49€/ unidade (5unidades)
<b>Extrator elétrico</b>	024,0103	965,74 €  Oferecido pela MEDELA na compra de kit's de extração para um ano de consumo
<b>Kit's Extração de leite materno - SIMPLES</b>	800,0570	17,20€/ Unidade
<b>Kit's Extração de leite materno - DUPLO</b>	800,0564	29,07€/ Unidade
<b>Material para equipamento do Cantinho da Amamentação</b>		Oferecido pela MEDELA
<b>LEITE DE FÓRMULA</b>	Adquirido pelo HESE, EPE a preço de custo Obstetrícia - NIVEL: 144U/SEMANA Capacidade/ Unidade: 60cc ou 90cc  Gastos referência: Obstetrícia: +/- 280 u/mês Neonatologia: +/- 488u/mês	Nan 1 - 0,53 Euros Nan HA 1 - 0,52 Euros Pre Nan - 0,74 Euros (inclui tetina)  Preços de referência fornecidos por um dos laboratórios
<b>Material audiovisual para formação em serviço</b>	Já adquirido pelo hospital	0€
<b>Plafon para inquéritos telefónicos</b>		Autorização para realização de chamadas telefónicas a cerca de 300 puérperas a fim da colheita de dados
<b>Material para folhetos e Posters</b>		Cerca de 15 Posters Folhetos q.b.
<b>REVISÃO DA PUBLICIDADE A LEITES DE FÓRMULA</b>		Custo zero uma vez que são oferta
<b>Formadores</b>	Formação sobre a política e sua implementação	Custo zero uma vez que os profissionais envolvidos no projeto farão essa formação

NOTA: O Purelan substituirá a compra de Gretalvite

Exma. Sr.ª Presidente do Conselho de Administração  
Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.,  
Professora Doutora Maria Filomena Mendes

**Assunto:** Proposta para Constituição do Comité do Aleitamento Materno do HESE – EPE

No âmbito do Projeto do Hospital Amigo dos Bebés vimos por esta forma solicitar a V. Ex.ª a aprovação do seguinte grupo de trabalho:

<b>COMITÉ DE ALEITAMENTO MATERNO DO HESE-EPE</b>
--

<b>COMPOSIÇÃO DO COMITÉ DE ALEITAMENTO MATERNO</b>			
<b>Coordenador</b>	Dr.ª Laura Martins	<b>Médica Neonatologista</b>	
<b>Elementos responsáveis pelos serviços</b>	Dr. Hélder Gonçalves	<b>Diretor de Serviço Pediatria</b>	
	Dr. António Galrito	<b>Coordenador do Sector de Recém-Nascidos da Maternidade</b>	
	Dr. Hélder Ornelas	<b>Coordenador da Unidade de Neonatologia</b>	
	Dr. Vítor Caeiro	<b>Diretor de Serviço Obstetrícia/Ginecologia</b>	
	Enf.ª Luzia Ambrósio	<b>Enf.ª Chefe Obstetrícia/Ginecologia</b>	
	Enf.ª Maria do Carmo Siquenique	<b>Enf.ª Chefe Neonatologia</b>	
	Enf.ª Maria da Conceição Antas	<b>Enf.ª Chefe Pediatria</b>	
	Enf.ª Isabel Xavier	<b>Enf.ª Chefe Urgência Pediátrica</b>	
	Enf.ª Ana Oliveira	<b>Enf.ª Chefe do Serviço de Consulta Externa</b>	
<b>Elementos Colaboradores por Serviços</b>	Dr.ª Elisa Pereira Dr.ª Ana Costa Dr.ª Susana Pereira	Enf.ª Ana Raposo Enf.ª Antónia Nobre Enf.ª Cláudia Alves Enf.ª Cláudia Saruga Enf.ª Eva Bação	<b>Obstetrícia</b>
	Dr.ª Isabel Nabais Dr.ª Vera Almeida	Enf.ª Fernanda Augusto Enf.ª M.ª Jesus Santos Enf.ª Nídia Ildefonso	
	Dr.ª Laura Martins Dr.ª Ana Simões Dr.ª Raquel Costa	Enf.ª Ana Malveira Enf.ª Maria Franco	<b>Neonatologia</b>
	Dr.ª Susana Gomes Dr.ª Ângela Luz	Enf.ª Lara Gato	<b>Pediatria (Internamento)</b>
	Dr.ª Dora Fontes Dr.ª Joana Gaspar	Enf.ª Cláudia Silva Enf.ª Patrícia Rainha Enf.ª Marta Oliveira	<b>Urgência Pediátrica</b>
	Dr.ª Andrea Teixeira	Enf.ª Zélia Camarão Enf.ª Manuela Ferreira	<b>Consulta Externa Bloco Operatório</b>
	Dr.ª Maria do Rosário Correia		<b>Psicóloga</b>
	Dr.ª Graça Raimundo		<b>Dietista</b>
	Dr.ª Maria Alice Rebelo		<b>Farmacêutica</b>

São competências deste Comité:

- Elaborar e divulgar a política de promoção do Aleitamento Materno;
- Monitorizar/avaliar a implementação das actividades de Promoção do Aleitamento Materno no HESE-EPE;
- Identificar as necessidades de formação nos vários grupos profissionais.

Évora, 25 de Março de 2013

P'lo Comité do Aleitamento Materno

Helena Gomes Pereira  
António José M. B. F. L. L. L.  
~~Helena~~  
~~Helena~~  
Jesús Azeiteiro  
Donaice  
V. Gomes Simões  
Helena  
~~Helena~~

CÓPIA

HESE-EPE	
RECEBIDO	EM 25/3/2013 N.º 695
ENTREGUE	EM / / N.º

**Apêndice O: Comprovativo de autorização de implementação do projeto e de uso da linha telefónica do HESE-EPE**

Évora, 5 de Dezembro de 2012

Rec. CA.  
24/12/2012  
*[Assinatura]*

Maria Filomena Mendes

Presidente do Conselho de Administração

Exma. Sr.<sup>a</sup> Presidente  
Conselho de administração do HESE  
Professora Doutora Maria Filomena Mendes

No âmbito do Projeto "Hospital Amigo dos Bebés" e no seguimento da reunião de trabalho com a Exma Sr.<sup>a</sup> Presidente do Conselho de Administração no passado dia 4 de Dezembro, serve o presente para submeter o documento "Política Interna de Aleitamento Materno do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE a apreciação/aprovação pelo Conselho de Administração.

Solicitamos ainda:

- Apoio do Gabinete de Comunicação e Marketing do HESE e da Central de Impressão para a Elaboração dos Cartazes e panfletos de divulgação do projeto;
- Atribuição de email institucional para registo na plataforma da Direção Geral de Saúde [DGS] e receção dos respetivos relatórios mensais;
- Apoio do gabinete de formação para divulgação e apoio logístico à Formação em Serviço na área do aleitamento materno, que não acarretará custos adicionais com formadores;
- Apoio para criação do Cantinho da amamentação, que deverá contemplar um espaço físico próprio e ter presente um profissional de saúde Conselheiro em Aleitamento Materno, disponível para atender às necessidades das puérperas durante o internamento/após a alta. Este espaço deverá ser equipado pela MEDELA, sem custos adicionais com material;
- Criação de uma linha telefónica direta para Serviço de Obstetrícia/Ginecologia a fim de ser divulgada como um recurso de apoio disponível após a alta da maternidade;
- Aquisição de Material constante no orçamento enviado anteriormente (reenviado em anexo);
- Autorização para remover publicidade dos brindes distribuídos na maternidade e dos serviços (quando exposto e/ou acessível às mães/utentes do HESE, EPE;
- Autorização iniciar contato com os Centros de Saúde da Área de Influência deste hospital com o objetivo de articulação entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários (acesso dos profissionais responsáveis pela área de Saúde Materna à formação em Aleitamento Materno e diligências necessárias ao desenvolvimento de fontes de apoio após a alta hospitalar);
- Abertura de concurso para aquisição de fórmulas infantis.

Sem outro assunto de momento,  
Com os melhores cumprimentos

Pe'l O Grupo de Trabalho

*Ana Sofia Martins Raposo Rainho*

HESE - EPE	
RECEBIDO	{ MM 5, 12 N.º 2972
RESPONDIDO	{ MM N.º



O CA delibera aprova o  
Projecto na sua globalidade,  
Com excepção do pedido de  
aprovação do orçamento que  
em tempo devido está ser  
avaliado.

O Gabinete de Comunicação e Marketing  
deve promover a divulgação do  
projecto e acompanhar a respectiva  
execução.

Acta n.º 143 em 07/12/2012  
Ponto 6.º  
O Conselho de Administração do HESE EPE  
Marta Elena da Mota  
Presidente  
Francisco Cabral  
Vogal  
Manuel Carvalho  
Director Clínico  
Cristina Gomes  
Vogal  
Júlia Chora  
Enfermeira Director

Bavendo  
10.12.2012  
José Chora  
Enfermeiro Director

As Senhoras Enfermeiras D.ªs,  
José Chora  
2012/12/14  
[Signature]

Exma. Sr.ª Presidente do Conselho de Administração

Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

Professora Doutora Maria Filomena Mendes

Maria Filomena Mendes  
Presidente do Conselho de Administração

Ana Sofia Martins Raposo, Enfermeira, com o n.º mecanográfico 2947, a exercer funções no serviço de Obstetrícia deste hospital, encontra-se a frequentar o 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. No âmbito do referido mestrado, um dos objetivos delineados é o início do Registo de Aleitamento Materno na plataforma da Direção Geral de Saúde como já foi referido em documento anterior. Enquanto o mesmo não tem início, solicita-se a vossa **autorização para a realização de questionários telefónicos utilizando a linha telefónica deste Hospital, a uma amostra constituída por 330 mulheres, para recolha de dados relativos aos aspetos práticos do aleitamento materno durante o internamento no Serviço de Obstetrícia.**

Pede deferimento,

Ana Sofia Martins Raposo

(Ana Raposo)

Évora, 28 de Novembro de 2012

HESE - EPE	
RECEBIDO	EM 29/11/12 N.º 2888
RESPONDIDO	EM / / N.º

SERVICIO DE GINECOLOGIA  
E OBSTETRIZIA  
DIRECTOR DO SERVIÇO  
DR. VITOR CASIRO

Nota a  
9. est  
Juiz  
6-12-12

- 1) Para Sr. Raquel Resposavel  
Serviço de Ginecologia e Obstetriz
- 2) Deve informar o Director de Serviço

Autorizado  
José Chora  
Presidente Director  
Hospital do Espírito Santo de Évora

Exma. Sr.ª Presidente do Conselho de Administração  
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE  
Professora Maria Filomena Mendes

Ana Raposo  
Ana Raposo  
2012/11/20

1) Após esforços desenvolvidos desde Fevereiro deste ano junto da Direção Geral de saúde [DGS], Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil, segui as indicações da circular Informativa nº 26/DSR de 29 de Junho de 2010 para obtenção da password de acesso à plataforma de Registo do Aleitamento Materno [RAM] em contactos sucessivos por email ocorridos em 28/02/12, 15/03/2012, contacto via email de pessoas envolvidas em atividades na DGS em Maio e em Outubro sem resposta, estabeleci contacto telefónico com o referido departamento na DGS a 09/11/2012 e recebi finalmente em 13/11/2012 um e-mail da responsável pelo Registo RAM, Enfª Adelaide Orfão, com as indicações dos procedimentos necessários para registo dos dados relativos ao início e manutenção do Aleitamento Materno (Em Anexo).

2) Assim, considerando que:

- a. Realizei formação sobre Aleitamento Materno recentemente, investindo na temática;
- b. Me encontro a desenvolver uma formação académica, Mestrado em Saúde Materna e Obstetrizica [SMO] que me prepara como Especialista SMO;
- c. No referido Mestrado o Projeto que delineei trata a temática do Aleitamento Materno em meio hospitalar;

d. No Relatório do referido Mestrado, validado pela instituição HESE através do Projeto apresentado em Maio de 2012, prepara o Registo de Intenção do HESE como Hospital Amigo dos Bebés. Gostaria de colocar à consideração de Vª Exª a possibilidade de me tornar responsável pelo registo das práticas relativas ao aleitamento materno durante o internamento e relativos às mães que à data de alta da Maternidade do HESE se encontram a amamentar, enviando a informação, através da referida plataforma, para a DGS no sentido do nosso Hospital receber relatório mensal dos dados inseridos. Tal registo, sendo enviado periodicamente, permitirá que sejam colmatadas lacunas até agora existentes no Relatório RAM <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016988.pdf>

Para tal solicito também a atribuição de correio electrónico institucional, no sentido de realizar o procedimento.

De fato o Aleitamento Materno é uma temática que me interessa soberanamente e relativamente à qual pretendo continuar a desenvolver conhecimentos e práticas.

Grata pela atenção subscrevo-me com consideração

Ana Raposo

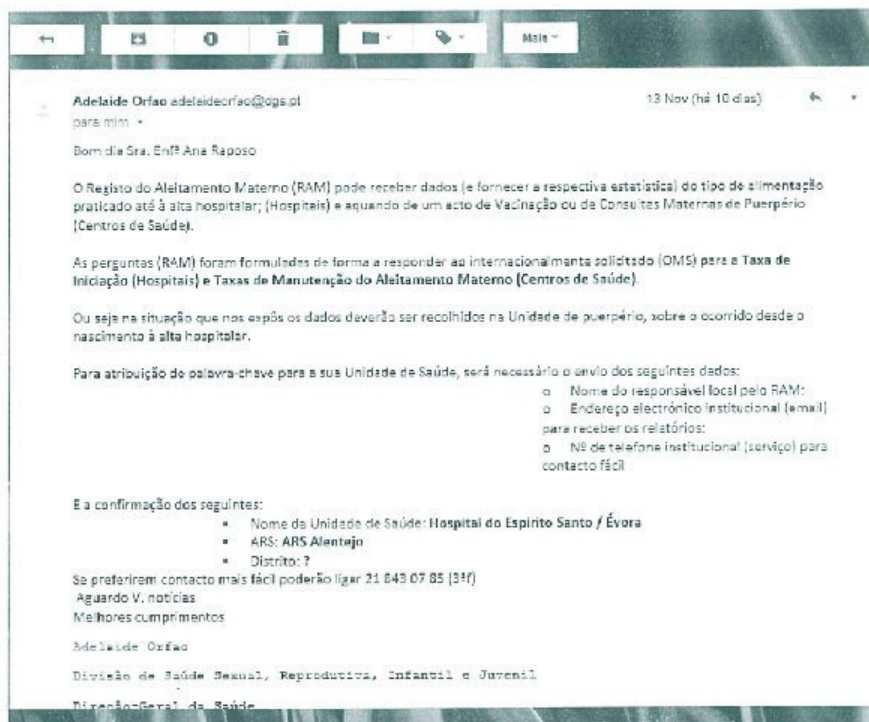
Ana Sofia Martins Raposo

HESE - EPE	
RECEBIDO	EM 23/11/2012 N.º 2366
RESPONDIDO	EM / / N.º

Tabela 4 – Nº de Registos de Hospitais por Região de Saúde Nº Hospitais		Nº Registos
Norte	7 (13)	5.785
Centro	6 (8)	4.267
LVT	7 (14)	5.752
Alentejo	0 (3)	0
Algarve	2 (2)	1.699
<b>Total</b>	<b>22 (40)</b>	<b>17.503</b>

**NOTA:** Esta tabela poderá ser visualizada na página 13 do relatório anual relativo aos dados introduzidos na plataforma de Registo do Aleitamento Materno no período de Junho de 2010 a Julho de 2011.

#### Email Recebido por parte da Sra Enfª Adelaide Órfão



**Apêndice P: Documento proposta da nova política de AM do HESE-EPE**

 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS	Documento-proposta de POLÍTICA HOSPITALAR do AM	
SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO	<b>PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E APOIO AO          ALEITAMENTO MATERNO</b>	

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

**Nome:** Política de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno do HESE-EPE

**Âmbito de Aplicação:**

Aplica-se a todos os funcionários e colaboradores do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE [HESE, EPE] no contexto da divulgação do projeto e diretamente a todos os profissionais de saúde do HESE,EPE no contexto da prestação de cuidados nos setores materno-infantis.

**Objetivo:**

Transmitir a todos os funcionários o conteúdo da política de aleitamento materno desenvolvida de forma que possuam conhecimento das orientações no sentido de atuar em conformidade com estas.

**Divulgação:**

Distribuição Geral

**Elaboração, implementação e revisão do documento:**

Responsabilidade do Comité do Aleitamento Materno do HESE-EPE

**Avaliação da Política:**

Esta política será alvo de avaliação periódica e serão introduzidas alterações sempre e quando necessário. A forma de avaliação da política encontra-se em fase de análise.

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO

## **Orientações:**

Internacionalmente as orientações preconizadas visam que todas as mulheres têm direito a receber informação clara e imparcial, habilitando-as à decisão informada sobre a forma de alimentar e cuidar os seus filhos. O conhecimento sobre as vantagens da amamentação, sobre a técnica/aspectos práticos e o apoio na resolução de dificuldades são determinantes para o sucesso do AM.

O aleitamento materno é considerado a forma mais saudável de uma mulher alimentar o seu filho; reconhecendo-se os indispensáveis benefícios que transmite para a saúde da mãe e da criança, comprovados cientificamente, salienta-se:

- ▣ Para a criança, a nível físico e emocional promovendo o vínculo afetivo da díade mãe/filho, contém os nutrientes adequados, de fácil digestão, beneficia o sistema imunitário;
- ▣ Para a mãe, a nível físico e psicológico, promove a involução uterina, previne a osteoporose e diminui a probabilidade de cancro da mama, ovário e colo do útero;
- ▣ Utilização prática;
- ▣ Vantagens a nível económico, familiar, social e ambiental.

## **Desta forma:**

1) Este Hospital desenvolveu uma política de proteção, promoção e apoio ao Aleitamento Materno, conforme a declaração da OMS/UNICEF (1989), a qual se encontrará afixada em todos os serviços que atendem grávidas e mães com os seus bebés;

2) Esta política é atualizada e transmitida regularmente a todos os profissionais de saúde envolvidos; através de formação contínua e em serviço formamos os nossos profissionais para que implementem a política que defendemos e as normas e protocolos aprovados;

3) Todos os profissionais dos setores materno-infantis recebem formação sobre aspetos teórico-práticos do aleitamento materno adequada ao grupo profissional a que pertencem. Os profissionais de saúde receberão formação de Promotores do AM da OMS/UNICEF (20H com 3H de prática clínica). Os novos colaboradores receberão formação sobre a política do HESE-EPE e sobre aleitamento materno, sempre que possível, dentro dos primeiros seis meses de trabalho;

4) Esforçamo-nos por informar todas as grávidas sobre as vantagens do aleitamento materno e sobre a sua prática bem como os riscos associados à introdução de substitutos do leite materno;

5) Através da história de amamentação, procura identificar-se as situações que necessitam atenção especial por parte dos profissionais, com o objetivo de intervir preventivamente. Os dados colhidos bem como o resultado dessa intervenção ficará registado no processo clínico da grávida;

6) É incentivada a grávida a escolher uma pessoa de referência que a acompanhe durante o trabalho de parto e parto;

7) Promovemos o contacto pele-a-pele precoce procurando, sempre que possível, ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno dentro da primeira meia hora após o parto ou quando o bebé mostra sinais de prontidão para mamar;

8) Efetuamos registos sistemáticos, no processo materno, sobre a qualidade das mamadas e possíveis dificuldades/necessidades especiais; no processo do bebé, registamos a adaptação do recém-nascido à mama e ao decurso da amamentação. O processo de início e manutenção da amamentação é supervisionado e avaliado durante o período de internamento;

9) Todas as mães recebem informação e apoio acerca da técnica de amamentação, são encorajadas a amamentar exclusivamente os filhos, sendo-lhes oferecida ajuda prática, com vista à promoção da sua independência e da sua capacidade para a resolução de dificuldades, quando existam;

10) As mães são encorajadas a amamentar os seus filhos sempre que este mostre sinais de prontidão, não os obrigando a cumprir horários rígidos ou duração para cada mamada, sendo no entanto aconselhadas a amamentar os filhos entre 8-12 vezes por dia;

11) Neste hospital os filhos permanecem junto da mãe 24 horas por dia salvo situações clínicas que exijam a separação. Nessas situações, é aconselhada a presença dos pais das 8h-00h no serviço de Neonatologia;

12) Sempre e quando não haja contra-indicação, ensinamos as mães a amamentar e a manter a lactação de acordo com as suas expectativas, mesmo que necessitem de ser temporariamente separadas dos seus filhos. Após a alta da mãe, oferecemos alojamento hospitalar para que possam estar mais próximas dos seus filhos e manter a amamentação;

13) Não damos aos recém-nascidos nenhum outro líquido ou alimento além do leite materno, A MENOS QUE SEJA POR INDICAÇÃO MÉDICA ou por escolha informada dos pais; As mães são informadas dos riscos dos leites de fórmula. A decisão de instituir aleitamento artificial suplementar, por razões clínicas, deve ser tomada por um neonatologista e registadas no processo clínico do bebé;

14) Se os pais decidem alimentar os seus filhos com substitutos do leite materno, essa decisão deve ser documentada e as mães apoiadas e ensinadas a alimentar os filhos em segurança;

15) Todos os profissionais devem conhecer e cumprir o Código de Ética dos Substitutos do Leite Materno, biberões e tetinas (DGS / 1981);

16) Desencorajamos o uso de chupetas, tetinas ou mamilos de silicone a crianças amamentadas ao peito, informando as grávidas/ mães sobre os riscos a estes associados;



17) Na preparação para a alta, as mães são informadas das diferentes formas de obter apoio na amamentação após a alta (centro de saúde, linhas de apoio à amamentação e disponibilizamo-nos para que contactem o serviço de obstetrícia caso tenham dúvidas ou dificuldades nas quais necessitem de ajuda. É nosso objetivo criar um cantinho de apoio à amamentação, para atender as mães que necessitem de ajuda. Encorajamos a criação de grupos de apoio de mães que amamentam para que se entreajudem.

**Apêndice Q: Certificado de frequência no Curso de Conselheiros em AM**



## CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

Ana Martins Raposo nascida a 23/09/1985, natural de Estremoz, nacionalidade Portuguesa, portadora do Documento de Identificação nº 12749377 válido até 15/10/2012, frequentou o Curso de:

### “Conselheiros em Aleitamento Materno”

Data de Realização: Dias 20,21,27 e 28 de Janeiro e 3 e 4 de Fevereiro de 2012

Duração: 48 horas

Local: Escola Superior de Enfermagem – Pólo Gulbenkian, em Lisboa

Lisboa, 4 de Fevereiro de 2012

  
Isabel Ruté Reinado

Formadora em Aleitamento Materno  
Presidente SOS Amamentação

  
Associação Mãe e Bebê  
R. João Chagas, 161 - 2º. Dto.  
2795-102 Linda-a-Velha  
NIF 505 644 657  
www.sosamamentacao.org.pt



Teresa Santana Félix

Directora do Curso  
Formadora em Aleitamento Materno  
Vice-Presidente SOS Amamentação

**Apêndice R: Autorização da autora para utilização do instrumento de recolha de dados (McLaughlin, 2010)**



Ana Raposo &lt;rsopht@gmail.com&gt;

---

**permission**

---

Marie McLaughlin &lt;Marie\_McLaughlin@health.qld.gov.au&gt;

21 de Janeiro de 2013 à 06:06

Cc: rsopht@gmail.com, msimsim@uevora.pt

Dear Margarida Sim-Sim

I am very interested in hearing about your Masters student's report.

As my research was through a public hospital (government owned) I will need to check the ability to share my instrument. I would certainly like to.

I am interested to find out how you got my email address as that was not the one that was published with my article.

Regards, Marie McLaughlin

*Marie McLaughlin  
Clinical Nurse - Child Health Nurse  
Community Child Health,  
West Moreton Hospital & Health Service District  
Telephone: 3817-2443  
Fax: 3817-2368  
Email: Marie\_McLaughlin@health.qld.gov.au*

\*\*\*\*\*

This email, including any attachments sent with it, is confidential and for the sole use of the intended recipient(s). This confidentiality is not waived or lost, if you receive it and you are not the intended recipient(s), or if it is transmitted/received in error.

Any unauthorised use, alteration, disclosure, distribution or review of this email is strictly prohibited. The information contained in this email, including any attachment sent with it, may be subject to a statutory duty of confidentiality if it relates to health service matters.

If you are not the intended recipient(s), or if you have received this email in error, you are asked to immediately notify the sender by telephone collect on Australia +61 1800 198 175 or by return email. You should also delete this email, and any copies, from your computer system network and destroy any hard copies produced.

If not an intended recipient of this email, you must not copy, distribute or take any action(s) that relies on it; any form of disclosure, modification, distribution and/or publication of this email is also prohibited.

Although Queensland Health takes all reasonable steps to ensure this email does not contain malicious software, Queensland Health does not accept responsibility for the consequences if any person's computer inadvertently suffers any disruption to services, loss of information, harm or is infected with a virus, other malicious computer programme or code that may occur as a consequence of receiving this email.

Unless stated otherwise, this email represents only the views of the sender and not the views of the Queensland Government.

\*\*\*\*\*

**Apêndice S: Autorização para utilização e adaptação do Instrumento utilizado na  
recolha de dados relativos à população/amostra (Berverly & Chalmers) e Guião do  
Questionário**

## Cópia de solicitação de Questionário à autora Beverley Chalmers

**De:** [Beverley Chalmers](#)

**Data:** 12/17/08 15:36:42

**Para:** [msimsim@uevora.pt](mailto:msimsim@uevora.pt)

**Cc:** [eli heiberg](#); [elisabet helsing](#)

**Assunto:** Re: Questionnaire please

Dear Margarida

Elisabet Helsing has forwarded your request for the questionnaire we used in our North West Russian survey to me.

The questionnaire we used was adapted to the Russian situation. It also formed the starting point for a questionnaire that was developed and used to survey Canadian women's experiences of pregnancy, birth, breastfeeding and the early months of parenthood by the Public Health Agency of Canada. This latter questionnaire has been extensively pilot tested, refined, and used successfully in a survey of over 6000 women. It is also available on line and can be used freely by you. It would of course, be appropriate to give credit to the source of the questionnaire, if you use it or any part of it, in any publications or reports of your research.

The website where you can access the questionnaire is: [www.publichealth.gc.ca/mes](http://www.publichealth.gc.ca/mes). As you will see the questionnaire covers many aspects of pregnancy, birth and parenthood and includes a considerable number of questions relating to breastfeeding. In particular it is possible to assess women's compliance with 8 of the 10 steps of the WHO/UNICEF BFHI.. The two steps not assessed by the questionnaire are those which relate to hospital policies and practices (having a breastfeeding policy in place, and training of all staff on breastfeeding) that mothers are unlikely to be knowledgeable about. You can select the issues you wish to explore further and use just these sections if that is what is useful for you.

Some references to publications on the findings of the Canadian survey are:

1. Chalmers B, Dzakpasu S, Heaman M, Kaczarowski J for the Maternity Experiences Study Group. The Maternity Experiences Survey: An Overview of Findings. Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada, 2008, 30, 217-228.

2. Dzakpasu S, Kaczarowski J, Chalmers B, Heaman M, Duggan J, Neusy E. for the Maternity Experiences Study Group. The Maternity Experiences Survey: Methodology. Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada, 2008, 30, 207-216.

Two further publications that might be of interest to you are 'In press' in the Journal 'Birth' and should appear in the New Year. The references to these are:

1. Chalmers B, Kaczorowski J, Levitt C, Dzakpasu S, O'Brien B, Lee L, Boscoe M, Young D. Use of Routine Interventions in Vaginal Labour and Birth: Findings of the Maternity Experiences Survey. Birth. (In Press).

2. Chalmers B, Levitt C, Heaman M, O'Brien B, Sauve R, Kaczorowski J. Breastfeeding Rates and Hospital Breastfeeding Practices in Canada: A National Survey of Women. Birth. 2009 (In Press).

You may also want to adapt the questionnaire to your own setting. Please feel free to do so. Please let me know if you need any further assistance.

Sincerely

Beverley Chalmers

Prof Beverley Chalmers (DSc(Med); PhD

Department Obstetrics and Gynaecology

Affiliate Investigator, Ottawa Health Research Institute

University of Ottawa

Ontario, Canada.

----- Original Message -----

**From:** [elisabet helsing](#)

**To:** [Beverly E. Chalmers](#)

**Cc:** [eli heiberg](#)

**Sent:** Wednesday, December 17, 2008 9:39 AM

**Subject:** Fw: Questionnaire please

Dear Bev, thank you for your christmasletter which does keep us all informed. We are retaliating with another issue of Helsing Tidende which was sent out yesterday and will reach you in due course.

My reason for writing however is another matter: I have received a request for use of our questionnaire from Archangelsk, which is good, because the subject matter is global. But I think the request should go to you as the original author of the questionnaire. Could I bother you with answering the request? You are also much more used to the African situation than are we.

Thanking you in advance,

Elisabet

----- Original Message -----

**From:** [Margarida Sim Sim](#)

**To:** [ehel@online.no](mailto:ehel@online.no)

**Sent:** Thursday, December 11, 2008 4:01 PM

**Subject:** Questionnaire please

Dear Mrs Elisabet Helsing

I'm a Portuguese nurse and I'm very interested in study breastfeeding, here in my region.

So when I'm doing some articles' research, I saw your article:

Helsing, E., Chalmers, B., Dinekina, T. & Kondakova, N. (2002). Breastfeeding, baby friendliness and birth in transition in North Western Russia: a study of women's perceptions of the care they receive when giving birth in six maternity homes in the cities of Archangelk and Mumansk, 1999. *Acta Paediatric* 91, 578-583

For me, it is very important to do a similar research.

So, I would like to know, if it is possible that you send me your questionnaire, and if this is possible, I would like to have your permission to apply it.

I'm sorry to disturb you

Thank you for your attention

Margarida Sim-Sim



<b>Nº TELEFONE</b>	
<b>LOCALIDADE</b>	
<b>DATA DO CONTACTO TELEFÓNICO</b>	
<b>IDADE DA MÃE</b>	
<b>ANO DE NASCIMENTO DA MÃE</b>	
<b>DATA NASCIMENTO</b>	
<b>IDADE ATUAL DO BEBÉ</b>	
<b>TIPO DE PARTO</b>	
<b>GESTA</b>	
<b>PARA</b>	
<b>TERMO</b>	
<b>PRÉ-TERMO</b>	
<b>PESO</b>	
<b>IAPGAR</b>	
<b>COMPRIMENTO</b>	
<b>TEMPO DE INTERNAMENTO (dias)</b>	

<b>LOCAL DO SEGUIMENTO DA GRAVIDEZ</b>	
Hospital	
Privado	
<b>FEZ PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO?</b>	
Sim	
Se sim, Onde?	
Não	
Se não, porquê?	
<b>DURANTE O INTERNAMENTO, RECEBEU ENSINOS SOBRE AMAMENTAÇÃO?</b>	
Sim	
Se sim, quantas vezes?	
Não	
Não se lembra	
<b>FILHOS ANTERIORES</b>	
Sim	
Se Sim, Quantos?	
Não	
<b>Amamentou-o (s)?</b>	
Sim	
Se Sim, Quanto tempo?	
Não Sabe	
Não	
<b>TIPO DE ALIMENTAÇÃO NO HOSPITAL</b>	
Aleitamento Materno Exclusivo	
Aleitamento Materno e Artificial	
Aleitamento Artificial Exclusivo	
Quando iniciou o AA?	
Porque introduziu leite de fórmula?	

B1. Antes do parto, pretendia alimentar o (a) <u>(nome da criança)</u> apenas amamentando-o, apenas com leite de fórmula ou uma combinação de ambos?	
1) Apenas Leite materno (mesmo extraído por bomba)	
2) Apenas Leite de fórmula	
3) Uma combinação de ambos	
B2. Amamentou ou tentou amamentar o (a) <u>(nome da criança)</u> , mesmo que apenas por um curto período de tempo?	
1) Sim	
2) Não (PASSAR PARA A PERGUNTA 4)	
B3. Quanto tempo após o nascimento o (a) <u>(nome da criança)</u> foi pela primeira vez ao peito?	
B4. Os enfermeiros ajudaram-na ou ofereceram-se para ajudá-la a iniciar a amamentação?	
1) Sim	
2) Não	
B5. Os enfermeiros deram-lhe ou ofereceram-se para lhe dar quaisquer amostras gratuitas de leite de fórmula?	
1) Sim	
2) Não	
B6. Os enfermeiros deram-lhe informação sobre os recursos de apoio à amamentação disponíveis na comunidade como fonte de ajuda continuada?	
1) Sim	
2) Não	
B7. Na primeira semana após o nascimento, tinha OU foi dada ao (à) <u>(nome da criança)</u> alguma chupeta para sugar?	
1) Sim	
2) Não	
<b>B8. CHUPETA</b>	
Iniciou o uso de chupeta no Hospital	
Iniciou o uso de chupeta em Casa	
<b>B9. Ainda usa chupeta?</b>	
Sim	
Não	
B10. Na primeira semana após o nascimento, amamentou o (a) <u>(nome da criança)</u> de acordo com um horário fixo (por exemplo de 3 horas), sempre que ele pareceu ter fome, ou uma combinação de ambos?	
1) Em horário fixo	
2) Sempre que ele pareceu ter fome	
3) Uma combinação de ambos	
B11. O (A) <u>(nome da criança)</u> toma mais alguma coisa além do leite materno?	
1) Sim	
2) Não	
3) Se sim, o quê?	
4) Sem sim, desde que idade?	
B12. O (A) <u>(nome da criança)</u> já toma alimentos sólidos como sopas, papas lácteas ou outros alimentos?	
1) Se sim, o quê?	
2) Se sim, desde que idade?	
B13. Ainda está a amamentar? Mesmo que apenas ocasionalmente?	
1) Sim [se sim passa para a questão B15]	
2) Não	
B14. Que idade tinha o (a) <u>(nome da criança)</u> , em semanas ou meses, quando parou de amamentar?	
<b>B15. CONTRACEÇÃO</b>	
Sim	
Não	
Se Sim, Qual?	
Sempre tomou essa pílula ou fez uma outra depois do parto?	

**Apêndice T: Comprovativos de realização da Sessão de Informação sobre novas descobertas (anatomia da mama e mecanismo de sucção do RN)**

# AMAMENTAÇÃO: NOVAS DESCOBERTAS E ASPETOS PRÁTICOS

## APRESENTAÇÃO MEDELA

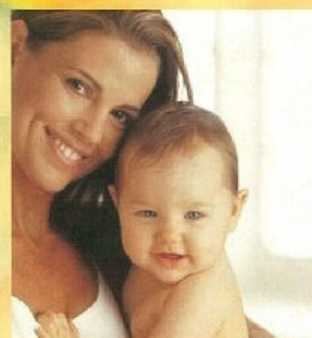
**Preletor:** Raquel Leite (Conselheira em Aleitamento Materno e Representante Medela Portugal)

**Data:** 08/Fevereiro/2012

**Horários:** 14H-16H/ 16H-18H

**Duração:** 2 HORAS

**Local:** Sala de Formação da Pomba do HESE, EPE



## PROGRAMA

### INVESTIGAÇÃO :

Nova Anatomia da Mama;  
2-Phase Expression;  
Sucção do bebé.

### PRODUTOS:

Extração de leite materno;  
Conservação e Transporte de leite materno;  
Cuidados dos mamilos;  
Adaptadores;  
Produtos específicos para bebés com dificuldades de sucção.

### Organização

Ana Raposo  
Hospital do Espírito Santo, EPE de Évora  
Serviço de Obstetrícia  
Formação realizada no âmbito do Projeto de Mestrado  
"Para um Hospital Amigo dos Bebés"

### Com o Apoio

Diretor de Serviço e Enf<sup>a</sup> Chefe do  
Serviço de Obstetrícia  
Direção de Enfermagem do HESE  
Gabinete de Formação do HESE  
Medela Portugal

**GABINETE DE FORMAÇÃO**

**REGISTOS DE PRESENCAS E SUMÁRIO**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Serviço: OBSTETRICIA / GINECOLOGIA

Tema: Investigação Molecular

---

Data: 8/2/2012 Carga Horária da Actividade Formativa: 2 Hora (s) 0 Minutos

Período: Das 14 às 16 Horas

**SUMÁRIO**

Novo Anepuro Novo

Grécia Susana Rebelo

Extracção em 2 fases

Procedimentos p/ recolher o material

a) p/ conservação do extracção p/ análise

b) p/ análise p/ espectroscopia p/ bio-labs

c) dificuldades suscept

O (s) Formadores

Raquel Leite

**PRESENCAS**

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
1	Monica dos Anjos B. Valadas	Enfermeira	<i>M. Valadas</i>
2	Gracia Margarida Queiroz P. Antunes	Enfermeira	<i>G. Antunes</i>
3	Maria Eduarda Galvão	Enfermeira	<i>M. Galvão</i>
4	Luís Henrique Pereira Barros	Médico	<i>L. Barros</i>
5	Neusa Raquel Cardoso da Silva	Enfermeira	<i>N. Silva</i>

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
6	Maria da Graça Ramalheira social	Enfermeira	Gracia O
7	Três Heráclides Alves Pereira	Enfermeira	Três
8	Catiana de Almeida Albuquerque	Enfermeira	Catiana
9	Silvia Jusseli Gusmano Porto Esp	Enfermeira	Silvia
10	Cláudia Cristina Bonfatti e Silva	Enfermeira	Cláudia
11	Priscilla Fontana Guedes Paiva	Enfermeira	Priscilla
12	Maria Helena Albuquerque Taveira	Enfermeira	Maria Helena
13	Amélia de Miranda Oliveira Rosa	Enfermeira	Amélia Rosa
14	Daniela Alexandra Seco Salgado	Enfermeira	Daniela
15	Luciana Maria Pires Galvão	Enfermeira	Luciana Galvão
16	EVELICE MARTINS P. D. A. S. P.	Enfermeira	Evelice
17	Milena Bragança Rosado Calado	Enfermeira	Milena Calado
18	<del>Enfermeira Rosa</del>	<del>Enfermeira</del>	<del>Rosa</del>
19	Juci Maria dos Reis Carvalho	Enfermeira	Juci Maria
20	Antonieta dos Reis dos Santos	Enfermeira	Antonieta
21	Nidia das Neves Soares de Sá	Enfermeira	Nidia
22	Lucia Maria Gomes R. Almeida	Enfermeira	Lucia Almeida
23	Marta Magalhães V.C. de Paiva	Enfermeira	Marta Paiva
24	Dania do Jesus Phombos Santos	Enfermeira	Dania Santos
25	Cláudia ALEXANDRA SARÇA	ENFERMEIRA	Cláudia
26	Paula CRISTINA VAQUERIANO BILRO	ENFERMEIRA	Paula Bilro
27	Márcia Nascim. Esp. de saúde	Enfermeira	Márcia
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

O/A ENFERMEIRO/A CHEFE <u>Nesce Cardoso</u> <u>8/2/12</u>	O/A RESPONSÁVEL DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO <u>Maladeis</u> <u>8/2/2012</u>
---	--

RESULTADO GLOBAL DA AVALIAÇÃO POR GRUPO PROFISSIONAL									
SERVIÇO									
ACTIVIDADE FORMATIVA: <i>Investigação de Medela</i>									
Nº de Enf. do Serviço	<i>28</i>	Nº de Enf. Formandos	<i>8</i>	Nº de Enf. Ausentes	<i>20</i>	Nº de Enf. Formadores	<i>0</i>	Nº de Formadores Externos	<i>1</i>
Nº de A.O. do Serviço	<i>0</i>	Nº de A.O. Formandos	<i>0</i>	Nº de A.O. Ausentes	<i>0</i>	Nº de A.O. Formadores	<i>0</i>		
Percentagem Efectiva de Participação dos Enfermeiros <i>28,5%</i>							Carga Horária da Actividade Formativa: <i>2</i> Hora (s) <i>0</i> Minutos		
Percentagem Efectiva de Participação dos Assistentes Operacionais <i>0%</i>									

Legenda A: 1= Nada; 2= Pouco; 3= Satisfatório; 4= Totalmente

Avaliação Global		Distribuição de respostas em termos de frequência absoluta	
Globalmente a acção de formação agradou-lhe:			<i>7 20</i>
Os objectivos propostos foram alcançados:			<i>8 19</i>
A actividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais:			<i>11 16</i>

Legenda B: 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

Conteúdos	Distribuição de respostas em termos de frequência absoluta	
O nível de conhecimentos adquiridos foi:		<i>6 21</i>
A pertinência do tema abordado foi:		<i>8 19</i>
A profundidade do tema abordado foi:		<i>12 15</i>
A utilidade do tema abordado foi:		<i>5 22</i>
Desempenho do (s) formador (es)	A identificação dos objectivos foi:	<i>6 21</i>
	O domínio das matérias ministradas foi:	<i>2 25</i>
	A selecção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:	<i>1 26</i>
	A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:	<i>4 23</i>
	O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:	<i>9 18</i>
	A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real de trabalho foi:	<i>5 22</i>
Organização da actividade formativa	Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referências bibliográficas, sites, outros)?	Sim <i>4 23</i> Não
	Foi distribuída documentação de apoio?	Sim <i>27</i> Não
	A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:	<i>7 20</i>
A duração da actividade formativa foi:		<i>6 21</i>

Avaliação Global da Actividade Formativa  
*De uma forma geral a formação revelou-se útil*  
Assinatura: *M. Almeida* Data: *6/12/2012*  
*Perkimento no contexto de trabalho*

Legenda: A.O. - Assistentes Operacionais

**GABINETE DE FORMAÇÃO**

**REGISTOS DE PRESENCAS E SUMÁRIO**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Serviço: Obsstétrica / Ginecologia

Tema: Investigação Neonatal

Data: 8/2/2012  
 Período: Das 16 às 18 Horas

Carga Horária da Actividade  
 Formativa:  
2 Hora (s) \_\_\_ Minutos

**SUMÁRIO**

Novas Aquisições Neonata  
Genética Neonatal  
Exame do recém-nascido  
Principais Causas de Mortalidade Neonatal  
" causas de mortalidade neonatal  
At. Práticas neonatais e práticas de bebês  
e dificuldades neonatais  
 O (s) Formadores  
Bequel Luís

**PRESENCAS**

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
1	Maria Isabel Gonçalves Fernandes	EN	<i>[assinatura]</i>
2	Luisa A. Almeida Rodrigues	Farmacêutica	Luisa
3	Maria Amélia D'Água Franco	Enfermeira	<i>[assinatura]</i>
4	Amélia Conceição Gomes Dias	Enfermeira	<i>[assinatura]</i>
5	Carina Antónia Gonçalves Leite	Enfermeira	<i>[assinatura]</i>



Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
6	Claudia Marganda D. G. Alves	Enfermeira	[Assinatura]
7	Ana Sofia Meurato	Enfª	[Assinatura]
8	Monica de C. Anjos Anacleto Curio	ENFERMEIRA	[Assinatura]
9	Maria Celeste Moio Lopes	Enfª	[Assinatura]
10	Ana Cristina H. Calmeida Saiz	Enfª	[Assinatura]
11	En. Isabel Ramos Corim	Enfª	[Assinatura]
12	Francis Angela Bulhões Semaneta	Enfª	[Assinatura]
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

O/A ENFERMEIRO/A CHEFE <u>[Assinatura]</u> <u>8/2/2012</u>	O/A RESPONSÁVEL DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO <u>[Assinatura]</u> <u>8/2/2012</u>
--	--

RESULTADO GLOBAL DA AVALIAÇÃO POR GRUPO PROFISSIONAL									
SERVIÇO									
ACTIVIDADE FORMATIVA: <i>Investigação Médica</i>									
Nº de Enf. do Serviço	<i>22</i>	Nº de Enf. Formandos	<i>6</i>	Nº de Enf. Ausentes	<i>22</i>	Nº de Enf. Formadores	<i>0</i>	Nº de Formadores Externos	<i>1</i>
Nº de A.O. do Serviço	<i>0</i>	Nº de A.O. Formandos	<i>0</i>	Nº de A.O. Ausentes	<i>0</i>	Nº de A.O. Formadores	<i>0</i>		
Porcentagem Efectiva de Participação dos Enfermeiros				<i>21,4%</i>		Carga Horária da Actividade Formativa:			
Porcentagem Efectiva de Participação dos Assistentes Operacionais				<i>0</i>		<i>2</i> Hora (s) <i>0</i> Minutos			

Legenda A: 1= Nada; 2= Pouco; 3= Satisfatório; 4= Totalmente

Avaliação Global	Descrição	Distribuição dos Profissionais que realizaram a avaliação em percentagem absoluta	
		2	4
Avaliação Global	Globalmente a acção de formação agradou-lhe:		<i>2 10</i>
	Os objectivos propostos foram alcançados:		<i>1 11</i>
	A actividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais:		<i>3 9</i>

Legenda B: 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

Conteúdos	O nível de conhecimentos adquiridos foi:		<i>4 8</i>
	A pertinência do tema abordado foi:		<i>2 10</i>
	A profundidade do tema abordado foi:		<i>2 10</i>
	A utilidade do tema abordado foi:		<i>5 8</i>
Desempenho do (s) formador (es)	A identificação dos objectivos foi:		<i>1 11</i>
	O domínio das matérias ministradas foi:		<i>3 9</i>
	A selecção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:		<i>1 2</i>
	A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:		<i>1 2</i>
	O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:		<i>2 10</i>
	A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real de trabalho foi:		<i>1 2</i>
Organização da actividade formativa	Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referências bibliográficas, sites, outros)?	Sim <i>1 11</i> Não	
	Foi distribuída documentação de apoio?	Sim <i>0 12</i> Não	
	A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:		<i>0 12</i>
	A duração da actividade formativa foi:		<i>3 9</i>

Avaliação Global da Actividade Formativa

*O tema foi pertinente e útil no âmbito da investigação de*

Assinatura: *Mulada*

Data: *01/10/2012*

Legenda: A.O. – Assistentes Operacionais

**Apêndice U: Registo do HESE-EPE na plataforma “Registo do AM”**



Ana Raposo &lt;rsopht@gmail.com&gt;

---

**ARSAlentejo.H Évora**


---

Adelaide Orfao <adelaideorfao@dgs.pt>  
Para Ana Raposo <rsopht@gmail.com>

18 de Dezembro de 2012 à 17:07

Boa tarde Srs. En<sup>as</sup>

Luzia Ambrósio e Ana Raposo

Congratulo-me com o V. interesse e empenho no projeto RAMJ

E conforme solicitado, envio os dados necessários para o acesso à base de dados Registo do Aleitamento Materno (RAM) sediada no site [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (área reservada).As perguntas (RAM) foram estruturadas/formuladas de forma a poderemos responder ao internacionalmente solicitado (OMS) para a **Taxa de Iniciação do Aleitamento Materno (Hospitais)**.

Aos Centros de Saúde compete (e é pedido) estudar/coligir dados sobre a sua continuidade/manutenção.

Assim, anexo detalhado Manual de Instruções para que possam de forma simples iniciar o registo RAM. Se no entanto subsistir alguma dificuldade ou preferirem acompanhamento (telefónico) não hesitem em contactar-me para: 218430785

Utilizador	Senha	Nome	Tipo	ARS	Distrito	<a href="#">email</a>	telef	Responsável
ALM26	P1909	Hospital do Espírito Santo   Évora	Hospital	Alentejo	Évora	<a href="mailto:ram@hevora.min-saude.pt">ram@hevora.min-saude.pt</a>	266740100	Enf <sup>a</sup> Ana Raposo

Ao dispor

Com Votos de Boas Festas

Melhores cumprimentos

Adelaide Orfao



Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil

Direção-Geral da Saúde

Directorate-General of Health

Alameda D. Afonso Henriques, 45-99 1049-005 Lisboa, Portugal

Tel: (+351) 21843.0785 | Fax: (+351) 21843.0729

E-mail: [adelaideorfao@dgs.pt](mailto:adelaideorfao@dgs.pt) | Website: [www.saudereprodutiva.dgs.pt](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt)


---

**De:** Ana Raposo [<mailto:rsopht@gmail.com>]
**Enviada:** terça-feira, 18 de Dezembro de 2012 16:18**Para:** Adelaide Orfao**Assunto:** Fwd: PEDIDO DE PASSWORD

Boa tarde mais uma vez enfermeira Adelaide.

Reenvio parecer da enf<sup>a</sup> Luzia.

Não o fiz mais cedo pois tenho estado a aguardar a criação do email da instituição pelos serviços informáticos.

Ainda não mo enviaram mas prometeram faze-lo até as 17h00. Entretanto reencominho este email para tomar conhecimento da situação.

Espero voltar a contatá-la nos proximos minutos.

**Apêndice V: Folheto síntese de informação relativa ao AM e recursos de apoio após a alta**

Em caso de dúvidas ou dificuldade contacte:

- Um **especialista** (Enfermeira Parteira, conselheira em Amamentação);
- O seu **Centro de Saúde**;
- O **Pediatra** do seu filho;

Linhas telefónicas de Apoio ao Aleitamento Materno:

- **Mama Mater - Associação de Aleitamento Materno de Portugal**  
Telefone 214 532 019  
[www.mamamater.pt](http://www.mamamater.pt)

- **SOS Amamentação**  
Telefone 213 880 915  
[www.sosamentacao.org](http://www.sosamentacao.org)

Sites úteis para mais informações:

[www.amamentar.net](http://www.amamentar.net)

(INFORMAÇÃO DO ALTO COMISSARIADO PARA A SAÚDE)

[www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)

(ALEITAMENTO MATERNO, MEDICAMENTOS E OUTROS PRODUTOS)

Recursos mais perto de si:

Recurso	Locais
<b>Cursos de PPN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidade de Saúde Familiar [USF] Planície de Évora;</li><li>• 3 Clínicas privadas em Évora;</li><li>• Centro de Saúde [CS] de Estremoz;</li><li>• CS Montemor-o-Novo;</li><li>• Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] de Reguengos de Monsaraz;</li><li>• UCC de Vendas-Novas.</li></ul>
<b>Profissionais Conselheiros em AM</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• USF Planície de Évora;</li><li>• CS de Montemor (3 elementos);</li><li>• CS Estremoz (1 elemento);</li><li>• CS Portel (1 elemento);</li><li>• 2 das ministram cursos de Preparação para o parto em Évora.</li></ul>
<b>Visita Domiciliária no Puerpério</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• USF Planície em Évora;</li><li>• UCC de Vendas-Novas;</li><li>• CS de Borba;</li></ul>
<b>Cantinho de Amamentação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Projetos nos CS de Estremoz e Portel;</li><li>• Projeto em fase de implementação no HESE-EPE.</li></ul>



Folheto elaborado por:

Ana Raposo

Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora

# AMAMENTAÇÃO:

## CONSELHOS ÚTEIS PARA O REGRESSO A CASA



Fonte de imagem: Manual do Aleitamento Materno da OMS/UNICEF (2012)

## Não esquecer:

- ✓ Nos primeiros quinze dias de vida do bebé, até a amamentação estar estabelecida, peça ajuda nas tarefas domésticas e dedique-se apenas ao bebé;
- ✓ Se sentir dificuldades que não consiga ultrapassar, recorra a um profissional de saúde;

## Recorde pontos importantes:

- ✓ A duração da mamada não é importante; o que interessa é perceber que o bebé está a obter leite da mama;
- ✓ Sinais de que o bebé está a ingerir leite:
  - Sucção é lenta e profunda;
  - O bebé enche as bochechas de leite;
  - Pode ver-se e/ou ouvir o bebé deglutir.
- ✓ O horário não é o mais importante. O bebé deve ser alimentado quando tem fome (Horário Livre). Apesar disso não se esqueça que o bebé deve fazer entre 8-12 mamadas nas 24 horas e não deve deixá-lo dormir mais que três horas no primeiro mês de vida;
- ✓ Quanto mais o bebé suga, mais leite é produzido;
- ✓ Mais prolactina é produzida à noite; portanto, amamentar durante a noite é especialmente importante para manter a produção de leite;

## Posicionamento da mãe:

- Confortável com as costas, pés e mama apoiados, conforme necessário.

## Posicionamento do Bebé:

- Corpo alinhado;
- Corpo junto ao da mãe, levando o bebé à mama;
- Bebé apoiado - cabeça, ombros e se recém-nascido, todo o corpo do bebé apoiado;
- Cara de frente para a mama, com o nariz do bebé em frente ao mamilo.

## Sinais de boa pega:

- O queixo do bebé toca a mama;
- A boca do bebé está bem aberta;
- O seu lábio inferior está virado para fora e o queixo toca a mama.

## Como segurar a mama:

Com os dedos contra a parede do tórax abaixo da mama;

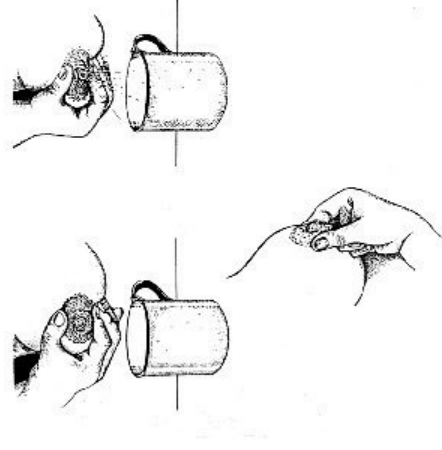
Com o seu primeiro dedo apoiado na mama;

Com o seu polegar acima;

Os dedos não devem estar próximos do mamilo.

## Extração manual de leite materno:

- Lavar sempre as mãos antes de fazer expressão de leite;
- Guardar o leite em recipiente esterilizado;
- Útil para aliviar os sintomas de mama cheia/ingurgitada;
- Mais fisiológico que a bomba;



Fonte de imagem: Manual do Aleitamento Materno da OMS/UNICEF (2012)

## PROCEDIMENTO

- Posicione o dedo polegar e indicador nos extremos da zona da aréola;
- Exerça pressão contra a grelha costal e para o centro;
- Alterne a posição dos dedos para esvaziar todas as zonas da mama.

**Apêndice W: Cedência dos direitos de autor para utilização da imagem do fotógrafo José Cruz no âmbito do Projeto HAB**



## DECLARAÇÃO PARA CEDÊNCIA DE IMAGEM

Eu, abaixo assinado, José Manuel Cruz, portador do Cartão de Cidadão n.º 10152775 6 ZZI, declaro que autorizo o Hospital Espírito Santo de Évora a publicar, para ilustração do poster "10 passos" elaborado no âmbito do projecto "Hospital Amigos dos Bebés", a seguinte imagem da minha autoria: "JOSE\_CRUZ\_RETRATO\_12.jpg" (miniatura abaixo apresentada).



Pela publicação desta imagem não será devido o pagamento dos respectivos direitos de autor, nem quaisquer outros ónus ou encargos.

O Hospital Espírito Santo de Évora compromete-se a mencionar a autoria da imagem cedida e, bem assim, a solicitar a autorização para a utilização da imagem para quaisquer outros fins que não o constante da presente declaração.

A imagem cedida não poderá, em caso algum, ser cedida a outrem sem expressa e prévia autorização do seu autor.

Aveiro, 18 de Dezembro de 2012

Assinatura



## **Apêndice Y: Projeto de Estágio**



**Mestrado**  
**PROPOSTA DE DISSERTAÇÃO,**  
**ESTÁGIO, TRABALHO DE PROJECTO, RELATÓRIO**  
**PROFISSIONAL**

**APROVAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA**

**PARECER DO DIRECTOR DE CURSO**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

Nome Ana Sofia Martins Raposo

Telefone 962928002

E-mail rsopht@gmail.com

Curso: 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Nº Matricula 7338

Edição 2010/2012

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

Orientador Maria Margarida Sim-Sim

Universidade/Instituição Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Telefone 266730300

E-mail msimsim@uevora.pt

**3. IDENTIFICAÇÃO DO CO-ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)**

Orientador

Universidade/Instituição

Telefone

E-mail

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

Dissertação

Estágio

Trabalho Projecto

Relatório Profissional

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

Título Para um Hospital Amigo dos Bebés

Nº PÁGINAS DO PROJECTO 5

## 6. RESUMO DO TRABALHO

É consensual e inequívoco na comunidade profissional e na sociedade actuais, que o aleitamento materno é determinante para a saúde física e psicológica da mulher e do recém-nascido. Desde o início da década de oitenta tem sido crescente o esforço mundial por parte de organizações representativas como a Organização Mundial de Saúde [OMS] e Fundação das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], no sentido de promover e manter o aleitamento materno. Neste âmbito foi aprovada a Declaração de Innocenti (<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>), a qual reconheceu o aleitamento materno como único meio capaz de reduzir a morbilidade e mortalidade infantis. Surgiu também a iniciativa Hospital Amigos dos Bebés [HAB], com o objectivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (OMS, 1991 citada por Lourenço, 2009), através da realização sistemática de medidas consideradas indispensáveis para o efeito.

De acordo com a revisão efectuada por Toma & Rea (2008) citam alguns autores, os quais confirmam que amamentar traz inúmeras vantagens para a diáde, estreita os laços e promove a vinculação mãe-bebé (sendo que os principais benefícios maternos mais estão relacionados com recuperação ponderal mais precoce, menor risco de hemorragia e anemia pós-parto pela involução uterina mais rápida, espaçamento entre gravidezes pela supressão da ovulação que provoca e menor risco de desenvolver Neoplasia da mama (Rea, 2004). No que respeita às vantagens para a saúde da criança, o aleitamento materno é crucial para a sobrevivência neonatal (Victoria & Barros, 2005), possuindo eficácia incontestável e devendo ser largamente implementada (Darmstadt, Bhutta, Cousens, Adam, Walker, De Bernis, *et al*, 2005); protege as crianças de infeções gastrointestinais e respiratórias (Kramer, Chalmers, Hodnett, Sevkovskaya, Dzikovich, Shapiro *et al*, 2001); a longo prazo previne doenças cardiovasculares e diabetes, favorece o desenvolvimento intelectual (Horta, Bahl, Martines & Victoria, 2007) e promove a vinculação da diáde Mercer, Erickson- Owens, Graves & Haley, 2007). A OMS (2001) recomenda a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade e depois como suplemento pelo menos durante o primeiro ano de vida e se possível até aos dois anos ou mais. Relativamente ao nosso país, os dados de adesão a práticas de aleitamento são desconhecidos nos registos da OMS ([http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/mdg4/prevention/atlas.html?indicator=i0&date=2000-2009](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg4/prevention/atlas.html?indicator=i0&date=2000-2009)).

É competência específica e reconhecida do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia [EESMO], a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto, bem como a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, por meio da criação, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Embora sejam relevantes as vantagens atribuídas ao aleitamento materno, ainda que exista um esforço progressivo, a realidade actual nos hospitais nacionais revela fraca representação de HBA. Em Portugal, ao Sul do Tejo existe apenas uma instituição credenciada (i.e. Barlavento Algarvio). Os HAB promovem o aleitamento, assente nas premissas de melhor desenvolvimento da criança (Quinn, Callaghan, Williams, Najman, Anderson & Bor, 2001) e benefícios para a saúde materna a curto e longo prazo (Rea, 2004). A ausência de políticas favorecedoras de aleitamento por inexistência de HBA e consequentes repercussões positivas a longo prazo, deixam a nossa região carente de tal expectativa. No Hospital do Espírito Santo de Évora-EPE onde exercemos, embora o número de utentes do foro obstétrico seja inferior a 1500 (i.e. 1352 no ano 2010, conforme registos do serviço), cifra mínima recomendada pela OMS (OMS, 1989 citada pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006), é Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (Direcção Geral de Saúde, 2001), é recurso geográfico significativo pelo que justifica os esforços na promoção do aleitamento. Ademais, depois do investimento na formação dos enfermeiros especialistas locais, a iniciativa de mais avanços ou criação de recursos, registam um compasso de espera, facto que se nos sugere como tempo óptimo para arrancar com um Projecto sobre Aleitamento Materno.

No que diz respeito ao envolvimento, o projeto aplicar-se-á a uma equipa de vinte sete enfermeiros, dos quais dezoito são Especialistas em Enfermagem de saúde Materna e obstetrícia. Com formação em Aleitamento Materno, existem apenas seis enfermeiras conselheiras em amamentação, ainda que algumas colegas que não têm este tipo de formação manifestem interesse na realização dessa formação a curto prazo. Existe também no serviço um protocolo de aleitamento materno, o qual data de 2009 e apresenta já alguns aspetos obsoletos, pelo que uma das atividades delineadas está relacionada com a remodelação e atualização do protocolo existente a fim de uniformizar os cuidados prestados pela equipa de enfermagem junto das utentes do serviço.

No sentido de atingir os objetivos propostos no presente projecto, serão abordados conteúdos e implementadas estratégias de intervenção profissional, as quais se apresentam mais à frente neste documento. As actividades delineadas para este projeto de intervenção estão desenhadas de acordo com os dez passos do HAB.

O projeto em causa é dirigido a duas populações; por um lado à equipa de enfermagem com o intuito de a capacitar para se tornar uma ajuda efetiva na promoção e na manutenção do aleitamento materno, junto das utentes do serviço. Por outro, dirige-se diretamente às utentes de quem cuidamos, no sentido da educação para a saúde e promoção de boas práticas em relação ao aleitamento materno e sua manutenção.

Foram realizados os contactos com os superiores hierárquicos, tendo sido consensual a importância de levar avante este projeto.

É **Objectivo Geral** do projecto:

Criar condições para promover a candidatura do HESE-EPE a HAB, através da implementação dos dez passos da OMS / UNICEF para favorecer o aleitamento materno, no 2º semestre de 2012.

Como **objetivos específicos** são definidos os seguintes:

Aperfeiçoar o protocolo de aleitamento materno existente no Serviço de Obstetrícia;

Iniciar uma política promotora do aleitamento materno extensível aos funcionários do serviço de Obstetrícia;  
 Criar uma equipa promotora do aleitamento materno;  
 Incentivar uma atitude protectora da amamentação / aleitamento materno;  
 Submeter a candidatura do HESE, EPE a HAB, solicitando auditoria externa.

## 7. PLANO

### Fase de Preparação do Projecto

Actividades de Preparação do Projecto	Data
Reuniões com Enfermeira Chefe, Director do Serviço e Director de Enfermagem	Novembro de 11
Determinação do interesse da temática para a unidade de cuidados	Novembro de 11
Reuniões de orientação pedagógica	Quinzenais e SOS
Pesquisa Bibliográfica para fundamentação	Nov-Jun 2012

### Fase de Implementação do Projecto

**OBJECTIVO:** Aperfeiçoar o protocolo de aleitamento materno existente no Serviço de Obstetrícia  
**POPULAÇÃO ALVO:** Equipa de Enfermagem do Serviço de Obstetrícia do HESE, EPE.

ACTIVIDADE	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	DATA
Reformulação do protocolo de aleitamento materno e afixar a política relativa ao AM no serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redacção do novo protocolo e da política relativa ao AM no serviço;</li> <li>- Apresentação do protocolo e política à equipa de Enfermagem;</li> <li>- Reunião com a Enf<sup>a</sup> Responsável, com o Director de Serviço do Serviço de Obstetrícia e com o Enf. Director/CA para apresentação do mesmo.</li> </ul>	<b>Físicos:</b> Sala de reuniões do serviço <b>Humanos:</b> Equipa de Enfermagem <b>Materiais:</b> PC, Papel, Posters, Folhetos	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012

**OBJECTIVO:** Elaborar a política do Serviço de Obstetrícia relativa ao aleitamento materno  
**POPULAÇÃO ALVO:** Utentes do Serviço de Obstetrícia do HESE, EPE.

ACTIVIDADE	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	DATA
Elaboração da política do Serviço de Obstetrícia relativa ao AM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redacção da política relativa ao AM do serviço;</li> <li>- Apresentação da política à equipa de Enfermagem, Enf<sup>a</sup> Responsável, Director de Serviço do Serviço de Obstetrícia e Enf. Director/CA;</li> <li>- Afixação da Política de AM no serviço em local visível e acessível a todos</li> </ul>	<b>Físicos:</b> Sala de reuniões do serviço <b>Humanos:</b> Equipa de Enfermagem <b>Materiais:</b> PC, Papel, Posters, Folhetos	Dezembro de 2011 a Janeiro de 2012

**OBJECTIVO:** Criar uma equipa promotora do aleitamento materno no Serviço de Obstetrícia  
**POPULAÇÃO ALVO:** Equipa de Enfermagem

ACTIVIDADE	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	DATA
Desenvolvimento de uma atitude protectora do AM dentro da equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolver os elementos da equipa com formação em AM na criação da equipa;</li> <li>- Realizar formação em serviço à equipa de Enfermagem acerca das intervenções protectoras do AM a implementar;</li> <li>- Realização de formação pessoal sobre aleitamento (Se possível curso de conselheira em AM)</li> </ul>	<b>Físicos:</b> Sala de Reuniões <b>Humanos:</b> Elementos da Equipa de Enfermagem <b>Materiais:</b> Projector	Elaboração do conteúdo da formação – Novembro de 2011 e Dezembro de 2012 Formação – Janeiro 2012;

**POPULAÇÃO ALVO:** Puérperas/ Famílias do RN internadas no Serviço de Obstetrícia

Ensinar as Puérperas família a iniciar e manter a amamentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar alimentação artificial por copo quando a amamentação não for possível ou como suplemento;</li> <li>- Restringir o uso de Chupetas/ Mamilos de silicone, através de realização de ensino à mãe;</li> </ul>	<b>Físicos:</b> Serviço <b>Humanos:</b> Puérperas/ família do RN <b>Materiais:</b> modelos- materiais	Implementação das medidas – De Fev. a Junho de 2012
---	--	---	---

**OBJECTIVO:** Promover o início precoce da amamentação nas utentes do Serviço de Obstetrícia  
**POPULAÇÃO ALVO:** Equipa de Enfermagem

ACTIVIDADE	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	DATA
Sensibilização da Equipa de Enfermagem para os benefícios da amamentação precoce	- Formação em serviço sobre a importância da amamentação precoce;	<b>Físicos:</b> Sala de Reuniões <b>Humanos:</b> Equipa de Enfermagem <b>Materiais:</b> Projector	Elaboração da Formação em Serviço – Dezembro 2011; Formação – Janeiro de 2012
<b>POPULAÇÃO ALVO:</b> Puérperas/ Famílias do RN internadas no Serviço			
Ajudar as recentes mães a iniciar precocemente a amamentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitação, salvo contra-indicação, do AM ao RN desde logo na MESA de Partos/ BOMI/ recobro do BO;</li> <li>- Colocar o RN com boa vitalidade no seio materno logo após o parto;</li> <li>- Quando não for possível no nascimento, incentivar e ajudar a mãe a amamentar na primeira hora pós - parto;</li> </ul>	<b>Físicos:</b> BP, BO, BOMI <b>Humanos:</b> Puérperas/ Família do RN <b>Materiais:</b> de apoio	Implementação das medidas – De Fev. a Junho de 2012

**OBJECTIVO:** Preparar a candidatura do HESE, EPE a HAB  
**POPULAÇÃO ALVO:** Equipa de Enfermagem, Diretor de Serviço, CA

ACTIVIDADE	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	DATA
Implementação dos 10 passos para ser considerado HAB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com elementos conhecedores do processo de candidatura a HAB;</li> <li>- Recolha de informação acerca dos elementos necessários à Candidatura do HESE, EPE a HAB;</li> <li>- Reunião com os elementos de Chefia do Serviço e da Direção de Enf/ CA para apresentação do plano;</li> <li>- Formação à Equipa de Enfermagem acerca dos 10 passos a implementar para ser considerado HAB e dos pré-requisitos necessários para submeter a candidatura a HAB.</li> </ul>	<b>Físicos:</b> Serviço <b>Humanos:</b> Equipa de Enfermagem/ Elementos de chefia/ Direção de Enfermagem e CA <b>Materiais:</b> PPT, Sala de Reuniões do Serviço	Recolha de Informação – Dez. 2011; Reuniões com a Equipa e Elementos de Chefia – Jan. 2012; Implementação das Medidas – a partir de Fev. de 2012; Envio da Candidatura a HAB – Julho de 2012.

#### Fase de Avaliação do Projecto

O processo de avaliação será conduzido ao longo de todo o projecto, através de um acompanhamento sistemático das acções desenvolvidas nas diferentes fases de implementação do projecto. Algumas das formas de avaliação serão: Elaboração de pontos de situação em reuniões com a orientadora do projecto; avaliação do cumprimento do cronograma estabelecido; solicitação de *feedback* por parte da perceptora e orientadora pedagógica; estabelecimento de indicadores de eficiência, eficácia e impacto das actividades desenvolvidas; avaliação do cumprimento dos objectivos no final do projecto e promoção da identificação precoce de dificuldades a fim de identificar problemas de planeamento ou implementação.

## CRONOGRAMA

ACÇÕES	2011		2012				
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro ...	Junho ...	Setembro	
Diagnóstico de Situação	█						
Elaboração do Projecto	█ 15/Nov						
Realização de Reuniões		█					
Preparação dos Instrumentos		█					
Formação		█					
Execução das actividades				█			
Elaboração do Relatório				█		20/S ct	
Pesquisa Bibliográfica	█	█	█	█	█	█	

## REFERÊNCIAS

- Direcção-Geral da Saúde. (2001). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil. – Lisboa.
- Lourenço, R. (2009). *Aleitamento Materno, uma prioridade para o século XXI*. Revista portuguesa de Clínica Geral. 25. 344-346.
- Ministério da Saúde. (2006). *Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal – Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Quinn, J., O’Callaghan, M., Williams, G., Najman, J., Andersen, M. & Bor, W. (2001). *The effect of breastfeeding on child development at 5 years: a Cohort study*. Journal of Paediatrics and Child Health, 37 (5) 465-469
- Rea, M. (2004). *Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher*. Jornal de Pediatria, 80 (5) Supl 142-146;
- Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica* (2010). Disponível em [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt). Acedido em 29/Outubro de 2011.
- Toma, T. & Rea, M. (2008). *Benefícios da Amamentação para a Saúde da Mulher e da Criança: Um ensaio sobre as evidências*. Caderno de Saúde pública. Rio de Janeiro. 24. Sup.2. 5235-5246.

**Apêndice Z: *E-mail* enviado à Unicef**





Ana Raposo &lt;rsopht@gmail.com&gt;

---

**Projeto Hospital Amigo dos Bebés - Hospital de Évora**

---

Ana Raposo <rsopht@gmail.com>  
Para erodrigues@unicef.pt

4 de Janeiro de 2013 à 19:53

Exma. Sra. Presidente  
Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés  
Dr<sup>a</sup> Ana Jorge

Boa noite

Votos de um Bom Ano de 2013!

O meu nome é Ana Raposo, sou enfermeira no serviço de Obstetrícia do Hospital do Espírito Santo de Évora e encontro-me a realizar o Mestrado em enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (com início em Setembro de 2010).

Nesse âmbito foi proposta a elaboração de um projeto de intervenção profissional cujo relatório será alvo de apreciação para defesa pública, a qual dará acesso ao grau de Mestre. O meu projeto foi delineado (no início do ano passado, aprovado a nível hospitalar em Março de 2012) para aproximar o Hospital do preconizado pela Iniciativa Hospital amigo dos Bebés, permitindo a posterior candidatura à Acreditação do mesmo.

Depois de alguns contratempos pessoais e constrangimentos académicos/profissionais, parece que começa finalmente a tomar forma. Assim, depois de vários contactos pessoais com os superiores hierárquicos e com as pessoas sugeridas/ interessadas, constituiu-se uma equipa de trabalho (eu como enfermeira generalista, conselheira em Aleitamento Materno e responsável pelo projeto a nível hospitalar, uma enfermeira especialista também conselheira, uma Pediatra Neonatologista e uma médica interna da Especialidade de obstetrícia/ Ginecologia. Iniciámos a elaboração da política hospitalar de aleitamento materno para o nosso hospital, alargámos recentemente a equipa através da integração de elementos de referência (um ou dois enfermeiros e dois médicos) nos sectores que atendem grávidas, mães e bebés além de uma psicóloga e uma nutricionista e estamos neste momento a tentar elaborar o programa de formação para as equipas com o objetivo de iniciar a capacitação dos profissionais para colocar a política em prática.

O projeto foi aprovado em conselho de administração na sua globalidade no passado dia 7 de Dezembro de 2012, tal como algumas intervenções solicitadas (revisão do material constante nas malas de oferta às mães, eliminação de toda e qualquer publicidade a fórmulas infantis nos serviços, envio de dados relativos à alimentação dos bebés durante o internamento, para a plataforma Registo do Aleitamento Materno da Direção Geral de Saúde (iniciámos dia 1 de Janeiro) e autorização para criação de um cantinho de amamentação no Hospital a servir como referência e fonte de apoio após a alta entre outras.

Serve o presente para solicitar orientação prática, relativa ao caminho a percorrer, à sugestão de uma pessoa de referência dentro da própria comissão a quem possamos recorrer mais diretamente e todas as informações que se considere pertinente. Aproveito para referir também que a Enf<sup>a</sup> Alda Santos mostrou disponibilidade junto do enfermeiro diretor do nosso hospital e já foi hoje efetuado um primeiro contacto com a mesma tendo eu recebido da sua parte informações muito úteis uma vez que estamos a dar os primeiros passos neste sentido e toda a ajuda é preciosa.

Como representante da equipa de trabalho, manifesto o nosso compromisso em levar este projeto a bom porto e espero que cheguemos a receber a acreditação como Hospital Amigo dos Bebés.

Sem outro assunto de momento, despeço-me

Cumprimentos,

--

Ana Raposo