



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

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

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**UNIDADE DE SAÚDE AMIGA DO  
ALEITAMENTO MATERNO: PREPARAÇÃO  
PARA A CANDIDATURA DO CENTRO DE  
SAÚDE DE SINES**

HELENA SOFIA BANZA PADILHA BRITO

Orientação: Professora Doutora Maria Margarida  
Santana Fialho Sim-Sim

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

Relatório de Estágio

Évora, 2019



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

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

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**UNIDADE DE SAÚDE AMIGA DO  
ALEITAMENTO MATERNO: PREPARAÇÃO  
PARA A CANDIDATURA DO CENTRO DE  
SAÚDE DE SINES**

HELENA SOFIA BANZA PADILHA BRITO

Orientação: Professora Doutora Maria Margarida  
Santana Fialho Sim-Sim

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

Relatório de Estágio

Évora, 2019

## Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Sim-Sim, pelo apoio e pelos imensuráveis ensinamentos que possibilitaram a construção do pensamento que se traduz nas páginas deste trabalho.

A todas as docentes do presente mestrado, com as quais tive o privilégio de compartilhar a convivência e o saber.

À minha família pelo apoio e incentivo constante e por acreditarem que eu era capaz.

Ao meu companheiro pela compreensão, motivação e colaboração prestada ao longo do desenvolver do projeto.

Aos colegas do Centro de Saúde de Sines que colaboraram, apoiaram e que não me deixaram desistir.

A todos os meus sinceros agradecimentos

## RESUMO

**Título:** Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno: Preparação para a Candidatura do Centro de Saúde de Sines.

O Aleitamento Materno é o padrão ouro na alimentação da criança até aos seis meses e um complemento para a nutrição infantil a partir desta idade. As práticas de Aleitamento Materno variam com a cultura, geografia e com as políticas das unidades de saúde. A Iniciativa Amiga dos Bebés, orientada para o movimento de Centros de Saúde Amigos do Aleitamento Materno tem crescido. Porém ao sul do Tejo há carência deste perfil institucional. Nesse sentido, se realiza o atual relatório, que no contexto global da aquisição e desenvolvimento de competências, especifica um projeto, cujo objetivo se reportou à preparação da candidatura do centro de saúde de Sines a Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno. Foram realizadas várias atividades, de onde se destaca o diagnóstico de situação, formação para funcionários, elaboração de vários documentos. O atual projeto orientou-se para a equipa multidisciplinar, atingindo-se resultados positivos.

Descritores (DeCS): Aleitamento materno; leite humano; desenvolvimento infantil; nutrição da criança; fórmulas infantis; centros de saúde materno-infantil.



## ABSTRACT

**Title:** Breastfeeding Friendly Health Unit: Sines' Health Centre Candidature Preparation

Breastfeeding is the gold standard, in child feeding, up to six months and as a supplement for child nutrition from this age. Breastfeeding practices vary with culture, with geography, and health unit policies. The Baby Friendly Initiative, centered on the Breastfeeding Friend Healthcare Centre' movement, has grown. However, there is a lack for this institutional profile in the South of Tagus River. Considering this, the current report is carried out, which in the global context of the acquisition and development of competencies, developed a project, whose objective was to prepare the candidacy of the Sines Healthcare Centre, to a Breastfeeding Friendly Health Unit. Several activities were carried out, highlighting the situation diagnosis, training for employees, and the formulation of various documents. The current project was oriented to the multidisciplinary team, achieving positive results.

Decriptors (DeCS): Breastfeeding; human milk; child development; child nutrition; infant formulas; maternal and child health centre.

## Índice

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO .....</b>	<b>14</b>
2.1 PERTINÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO CENTRO DE SAÚDE DE SINES.....	16
2.2 CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE – ULSLA, EPE.....	17
2.3 CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	18
2.4 CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS .....	20
2.5 CARATERIZAÇÃO DO CSSINES NO RESPEITANTE À ASSISTÊNCIA, VIGILÂNCIA E CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS A GRÁVIDAS, MULHERES EM IDADE FÉRTIL E CRIANÇAS .....	22
2.6 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	25
<b>3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES .....</b>	<b>28</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO .....	28
3.1.1 <i>População alvo - Funcionários do CSSines</i> .....	29
3.1.2 <i>População alvo – Utentes beneficiárias dos serviços materno-infantis do CS Sines</i> .....	33
3.2 ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO ...	41
3.3 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO.....	44
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS.....</b>	<b>46</b>
4.1 OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....	46
4.2 OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO .....	46
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....</b>	<b>48</b>
5.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES .....	48
5.2 METODOLOGIAS .....	50
5.2.1 <i>Estratégias Pessoais de Desenvolvimento de Competências</i> .....	50
5.2.2 <i>Recolha de dados sobre os conhecimentos em aleitamento materno dos profissionais e utentes</i> .....	51
5.2.3 <i>Formação da equipa multidisciplinar</i> .....	52
5.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS .....	53
5.4 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS .....	53
5.5 CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS .....	54
5.6 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	54

5.7 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	55
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO .....</b>	<b>56</b>
6.1 AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	56
6.2 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA .....	57
6.3 DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS .....	57
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....</b>	<b>59</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>64</b>
APÊNDICE A: NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS NO CSSINES .....	73
APÊNDICE B: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO/PARECER AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.....	75
APÊNDICE C: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS FUNCIONÁRIOS.....	77
APÊNDICE D: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS DOS FUNCIONÁRIOS.....	79
APÊNDICE E: PEDIDO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS À AUTORA .....	83
APÊNDICE F: PEDIDO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO/COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSLA .....	85
APÊNDICE G: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ULSLA .....	87
APÊNDICE H: RESULTADO DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FUNCIONÁRIOS.....	89
APÊNDICE I: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS UTENTES .....	96
APÊNDICE J: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS DAS UTENTES .....	98
APÊNDICE K: RESULTADO DO QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS UTENTES .....	102
APÊNDICE L: SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA.....	110
APÊNDICE M: DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO.....	113
APÊNDICE N: PROPOSTA DE PROJETO - PARECER DO DIRETOR DO CURSO.....	115
APÊNDICE O: PEDIDO PARA AVALIAÇÃO DE PROJETOS PELA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA .....	117

APÊNDICE P: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA .....	124
APÊNDICE Q: POLÍTICA DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO AM .....	126
APÊNDICE R: PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO - APRESENTAÇÃO DO PROJETO AOS FUNCIONÁRIOS .....	129
APÊNDICE S: PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO - SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO.....	131
APÊNDICE T: SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO.....	133
APÊNDICE U: QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO/AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO.....	137
APÊNDICE V: CERTIFICADO DO CURSO DE ACONSELHAMENTO EM ALEITAMENTO MATERNO.....	140
APÊNDICE W: RESUMO V COLÓQUIO LUSO-BRASILEIRO.....	142
APÊNDICE X: INSCRIÇÃO NO V COLÓQUIO LUSO-BRASILEIRO.....	144
APÊNDICE Y: CERTIFICADO DE PRESENÇA NA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO.....	146



### Índice de tabelas

Tabela 1 Fluxos de entrada/saída no Município de Sines - 2017 .....	19
Tabela 2 Estatísticas descritivas de acordo com a idade .....	29
Tabela 3 Estado civil dos funcionários .....	30
Tabela 4 Escolaridade dos funcionários .....	30
Tabela 5 Funcionários com filhos.....	30
Tabela 6 Alimento dado ao RN.....	30
Tabela 7 Tempo decorrido entre o nascimento e 1º episódio de amamentação.....	31
Tabela 8 Estatísticas descritivas de acordo com o grupo obstétrico.....	34
Tabela 9 Estado Civil das Participantes.....	36
Tabela 10 Técnico que assistiu na vigilância da gravidez .....	37
Tabela 11 Intenção para a alimentação da criança até aos 6 meses de gravidez .....	38
Tabela 12 Alimentação realizada até aos 6 meses de vida do RN.....	38



## Índice de figuras

Figura 1 Cronograma de monitorização da candidatura.....	16
Figura 2 Evolução da prevalência do AM em Portugal.....	16
Figura 3 Área de influência da ULSLA.....	18
Figura 4 Concelho de Sines.....	19
Figura 5 Densidade populacional nos concelhos servidos pela ULSLA.....	19
Figura 6 Organização das parcerias do CSSines.....	22
Figura 7 Consultas materno-infantis e de planeamento familiar no CSSines.....	23
Figura 8 Prevalência do AM até aos 6 meses de vida da criança.....	23
Figura 9 Número de nascimentos/número de VD's até ao 7º dia de vida do RN.....	24
Figura 10 Grávidas da consulta de SM versus grávidas da classe pré-natal.....	24
Figura 11 Esquematização do processo de aquisição de competências.....	27
Figura 12 Alimento dado ao RN até aos 6 meses.....	31
Figura 13 Formação dos profissionais em AM.....	31
Figura 14 Atitudes dos funcionários face ao AM.....	32
Figura 15 Atuação dos profissionais face à mulher com mastite.....	33
Figura 16 Escolaridade das utentes.....	35
Figura 17 Situação laboral das utentes.....	35
Figura 18 Intenção de amamentar nas grávidas.....	38
Figura 19 Intenção de amamentar nas mulheres com filhos.....	38
Figura 20 Tipo de parto.....	39
Figura 21 Alimentação do RN dada no Hospital.....	39
Figura 22 Minutos decorridos do nascimento versus 1º episódio de AM.....	39
Figura 23 Atitude das mulheres face ao AM.....	40
Figura 24 Quadro da Estratégia PICO.....	41
Figura 25 Opinião dos funcionários quanto à intervenção/formação realizada pela mestranda.....	52
Figura 26 Cronograma das atividades.....	55

## 1. INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é um comportamento que ao longo dos séculos permitiu a continuidade da espécie. Para a criança até aos seis meses, é o alimento ideal, dado que não é padronizado como a fórmula, mas pelo contrário, dinâmico na sua composição conforme o tempo pós-parto, o início *versus* o final do episódio de amamentação, o ritmo circadiano ou a alimentação materna (Ballard & Morrow, 2013; Levy & Bértolo, 2012). Oferece agentes anti-infecciosos, fatores de crescimento ou entre outros, os pré-bióticos que estimulam o crescimento da flora intestinal (Ballard & Morrow, 2013; Carvalho & Tavares, 2014). De facto, a nutrição conseguida pelo AM *versus* a mortalidade infantil são inversamente proporcionais e positivamente complementares, melhorando os indicadores de saúde (Castilho & Barros, 2010; WHO, 2017). Comprovadamente os esforços da Organização Mundial de Saúde (OMS) têm sido contínuos ao longo dos anos e cada vez mais incisivos. A última semana mundial comemorativa do AM referia-se à amamentação como “o fundamento para a vida” (WHO, 2018).

As vantagens do AM podem comentar-se na perspetiva da mãe e da criança. O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) durante os primeiros seis meses de vida assegura um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos. Depois dos seis meses, o AM em conjunto com uma alimentação complementar, pode continuar como suplemento. É, portanto, a maneira natural de alimentar lactentes e crianças na primeira infância (DGS, 2014). Os benefícios para a criança são não só imediatos, mas a longo prazo. De facto, os autores reconhecem em abordagem longitudinal que os adultos, amamentados em crianças, possuem menos vulnerabilidade a Doenças Crónicas não Transmissíveis (DCnT), tais como doença cardíaca ou metabólicas (Peters et al., 2017; Kelishadi & Farajian, 2014). Os inúmeros benefícios de amamentar contemplam a mãe, ao reduzir a incidência do cancro da mama e do ovário e imediatamente na recuperação pós-parto (Chowdhury et al., 2015; Levy & Bértolo, 2012). Mostram concretamente os autores, cerca de 10% de diminuição de risco de cancro ovariano, nas mulheres que amamentam 12 meses (Gaitskell et al., 2018). A diminuição de risco de cancro da mama e do ovario é claramente exposto em revisão Cochrane (Balogun et al., 2016).

O AM para além de ser prático e económico, está livre de contaminações o que contribui

para reduzir a morbimortalidade das crianças, principalmente as de nível socioeconómico mais baixo (Galvão, 2006; Sankar et. al., 2015). O leite materno tem propriedades bacteriostáticas e bactericidas. Para alguns autores, estas qualidades mostram a permanência de “vida” do próprio produto (Rodríguez, 2014). O padrão ouro do leite humano é na realidade inestimável, quando se faz o paralelo com a alimentação por fórmula, revelando-se a alteração do microbioma intestinal aos 3 meses, com consequências várias, tais como o excesso de peso na infância (Mueller & Blaser, 2018).

Os benefícios do AM, no entendimento geral de amamentação e o AME, no entendimento da amamentação realizada até aos seis meses, são cientificamente comprovados e inquestionáveis. No entanto, apesar de um contributo para a melhoria do estado de saúde da criança, das mães, das famílias do ambiente e da sociedade, o abandono precoce é muito frequente, ainda que se inicie após o parto (UNICEF & WHO; 2018). Existem mães que desconhecem e desvalorizam os benefícios do AM, este facto por vezes resulta de mitos e falsas crenças que se transmitem, sem fundamento científico. Por vezes, as mães praticam hábitos alimentares restritivos, que tornam o AM difícil de manter, pouco gratificante; noutras, rejeitam amamentar nos primeiros dias, atribuindo ao colostro propriedades mágicas ou considerando-o uma excreção (Jeong, Park, Lee, Ko, & Shin, 2017; Uzma, 2017).

Face a esta problemática e tendo em conta os benefícios do AM, foram elaboradas na década de 1990 pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela UNICEF (*United Nations Children's Fund*), estratégias que incentivam à prática do AME até aos seis meses de vida e AM complementar até aos 2 anos ou mais. Foi neste contexto que surgiu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), também conhecida como *Baby Friendly Initiative* (BFI), com o objetivo de proteger, promover e apoiar o AM através da mobilização de toda a equipa multidisciplinar que trabalha com grávidas, mães e latentes/crianças. O objetivo é implementar políticas que visam mudanças nas condutas e nas rotinas que são responsáveis pelos elevados índices de desmame (Figueiredo, Mattar & Abrão, 2013). Tendo em vista esse objetivo, a UNICEF elaborou medidas a considerar em unidades de saúde. Essas unidades tornar-se-iam então Unidades Amigas do Aleitamento Materno (UAAM). São conhecidos modelos com 10 medidas (Lana & Lamounier, 2009) ou sete medidas (UNICEF, 2017). O modelo de sete medidas sugere ser adequado ao enquadramento dos Cuidados de



### Saúde Primários (CSP).

As políticas de proteção social podem ter um papel importante na criação de condições para aumentar a prevalência do AM, portanto, espera-se das instituições de saúde e dos profissionais, intervenções que capacitem e contribuam para o empoderamento das mulheres e famílias, de modo a que as decisões tomadas sobre a alimentação da criança sejam fundamentadas (Figueiredo et al., 2013; WHO, 2002). De facto, os profissionais de saúde, na figura de agentes dos CSP, assumem um papel importante na manutenção do AM. Para tal é imprescindível que os profissionais sejam detentores de conhecimentos atualizados, comportamentos concordantes com as informações disponibilizadas e que as práticas institucionais sejam favorecedoras do AM (Graça, Conceição & Figueiredo, 2011).

Sob nosso interesse, no âmbito dos CSP, está o Centro de Saúde de Sines (CSSines), constituído pela Unidade de Cuidados Continuados (UCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP). Neste documento usar-se-á a denominação CSSines. Tendo em conta que o CSSines assiste grávidas, mães e bebés e que não existe nenhuma iniciativa concreta na promoção do AM, sugere ser pertinente iniciar um projeto para promover, apoiar e proteger o AM e deste modo aumentar a adesão e prevalência do AME até aos seis meses de vida.

A ideia central do atual projeto, que se exprime através do objetivo geral é a seguinte:

- Criar as condições para a candidatura do Centro de Saúde de Sines a Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno, aplicando o modelo UNICEF de sete medidas.

Ao realizar o projeto, em 2017, definiram-se alguns objetivos, centrados nas utentes e nos parceiros profissionais (i.e., equipa multidisciplinar). Com o avançar do estágio, foi possível encontrar um equilíbrio entre os objetivos específicos que teoricamente e *a priori* se propuseram no projeto *versus* o ambiente/condições identificadas no campo clínico. Os objetivos específicos apresentados mais além no documento, decorreram do objetivo geral. Foram responsáveis pelo direcionamento do projeto, explicitando o processo e refletindo os conteúdos abordados, enquadrando vertentes de diagnóstico da situação, execução e avaliação.

O atual relatório surge no cumprimento dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Universidade de Évora. A finalidade subjacente reporta-se ao desenvolvimento de competências, orientando-se para a temática

da candidatura do CSSines a UAAM.

O presente relatório foi redigido de acordo com a referenciação ao estilo American Psychological Association (2010) (i.e., *APA style*) e o Regulamento Académico da Universidade de Évora (i.e., Ordem de Serviço nº18/2010), plasmada em documento legal (i.e., Despacho nº 11704/2016 do Diário da República, 2ª Serie, nº 189 de 30 de setembro de 2016).



## 2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Entende-se a análise de contexto, na presente secção, como: a) uma abordagem à temática em estudo (i.e., as linhas amplas do tema AM); b) a orientação para o contexto onde é estudada (i.e., abrangência geográfica, equipa multidisciplinar e assistencial dos cuidados) e c) a explicitação mais pormenorizada, que fundamenta o investimento pessoal (i.e., a evidencia ou constatação da necessidade de trabalhar este assunto). Ou seja, o que caracteriza o envolvente que leva a este assunto.

Um conjunto de fatores de ordem socioeconómica, cultural e comportamental levou a baixa da incidência e prevalência do AM nos anos 50-60. De acordo com alguns autores a baixa adesão ao AM surge no enquadramento do pós-guerra, ou seja, depois da II Grande Guerra (i.e., 1939-1945). Alguns fatores facilitaram esse abandono, nomeadamente a massificação do trabalho feminino, a industrialização, os movimentos feministas, a perda da família alargada, a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno (i.e., fórmula) e a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde (Carvalho & Tavares, 2014; Levy & Bértolo, 2012). As mães dessas gerações, acreditavam optar pelo melhor alimento, quando forneciam a fórmula aos seus filhos (Stevens, Patrick, & Pickler, 2009).

A prática do AM teve posteriormente um aumento lento, mas gradual, a partir dos anos 70. Mais recentemente, estudos portugueses apontam para uma alta incidência do AM, pois mais de 90 % das mães iniciam a prática (Levy & Bértolo, 2012). No entanto, a maioria das mães não consegue cumprir o seu projeto amamentar e cerca de metade desiste durante o primeiro mês de vida do bebé. Uma observação mais recente referente ao nosso país, mostra que embora a prevalência de AM aos seis meses tenha aumentado de 1995/96 para 2005/2006, registou-se decréscimo em 2014 (Kislaya, Braz, Dias, & Loureiro, 2017). De facto, os determinantes do AM variam com a cultura e a geografia, nomeadamente no reforço que nesses contextos se dá à educação materna (Tampah-Naah & Kumi-Kyereme, 2013), ou ainda entre outros aspetos, com as políticas nacionais, com as correntes internacionais e as condições ou recursos institucionais das unidades de saúde (Alves, Oliveira, & Moraes, 2013; Radwan, 2013; Rollins et al. 2016).

A OMS em parceria com a UNICEF, tem vindo a fazer esforços, a nível mundial para promover e incrementar o AM. Tal concretiza-se nos exemplos da Iniciativa Hospital Amigo

dos Bebés (IHAB), em universidades *Baby-Friendly* (Edge Hill University, 2017), nos serviços de saúde comunitária acreditados noutros países (Dubai Health Authority, 2017) ou em Portugal (ARSLVT, 2017). Apesar destes esforços e dos progressos nos últimos anos, verifica-se que no país o AM, tem casuística oscilante (Kislaya et al., 2017). É essencial que se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do AM. Atualmente em Portugal são 15 os hospitais acreditados como IHAB e a Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés em 2016, certificou com o título Unidade de Saúde Amiga dos Bebés, a primeira unidade de CSP (ACES Lisboa Ocidental e Oeiras).

Os CSP são porventura um local de eleição para projetos que promovem o AM. No enquadramento dos serviços de CSP, há oportunidade para antecipadamente, durante a vigilância de gravidez ou a classe pré-natal, dar informação às utentes (Graça et al., 2011). Posteriormente, no pós-parto, será oportuno, através da visita domiciliária (VD), dos episódios de regresso para teste do pezinho, revisão puerperal, entre outras, fortalecer comportamentos de AM. É necessário que as unidades de saúde sejam sensíveis a implementação de políticas facilitadoras e que os seus funcionários tenham conhecimento e informação para se tornarem sérios promotores (Lana & Lamounier, 2009; Saraiva, 2010). Para atingir um envolvente promotor do AM nos CSP, a UNICEF criou 7 medidas para o seu sucesso. Essas medidas, conforme o modelo de sete passos definidas pela OMS e pela UNICEF (2017) são:

1. Ter uma política de aleitamento materno, escrita, afixada a ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde;
2. Dar formação a toda a equipa para que implemente essa política;
3. Informar todas as grávidas e família sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
4. Apoiar as mães a estabelecerem e manterem o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses;
5. Encorajar o aleitamento materno, após os seis meses e até aos dois anos ou mais, conjuntamente com a introdução de alimentação complementar apropriada, adequada e segura;
6. Providenciar ambiente acolhedor que favoreça a prática do aleitamento materno;

7.Promover a colaboração entre a equipa de saúde, grupos de apoio ao aleitamento materno e a comunidade local.

O processo de monitorização da candidatura, pela entidade UNICEF em Portugal, funciona conforme a figura abaixo (figura 1).



Figura 1 Cronograma de monitorização da candidatura

Fonte: UNICEF (2017). Iniciativa Amiga dos Bebés. Disponível em: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>.

## 2.1. PERTINÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO CENTRO DE SAÚDE DE SINES

De acordo com os dados recolhidos dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), o AM tem aumentado em todas as regiões do país, à exceção do Alentejo (figura 2). Lamentavelmente são dados antigos, mas os disponíveis no nosso país.

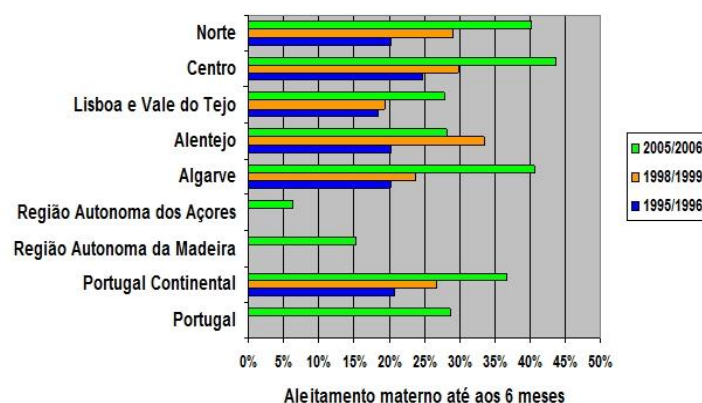


Figura 2 Evolução da prevalência do AM – Portugal

Fonte: Observatório Nacional de Saúde (2007). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa, ONSA.



No nosso país no âmbito dos CSP existe apenas um exemplo *baby-friendly*. Ao sul do Tejo não existe este tipo de iniciativa e é neste contexto que surge o atual projeto. Tendo em conta os constrangimentos socioculturais que dificultam o AM, na maioria das vezes, fruto de ignorância e frequentemente aliado a um menor empenho dos profissionais de saúde ou a desvalorização desta prática, iniciativas deste tipo em CSP são fundamentais. Estudos comprovam que a implementação da iniciativa nos CSP, garante o apoio necessário para a manutenção do AME até aos seis meses e do AM complementar até aos dois anos (Alves et al., 2013). Na última década, Sines é o único concelho do Alentejo Litoral com crescimento populacional graças à oferta de trabalho, sendo o concelho com menor taxa de envelhecimento e consequentemente com mais casais jovens, em idade reprodutiva (INE, 2014). O CSSines constitui, portanto, uma instituição interessante para apostar na proteção, promoção e apoio ao AM, já que o grupo de utentes-mulheres com idade entre os 18 e 45 anos é significativo nos efetivos (Apêndice A). Poder-se-iam colher benefícios para a criança, a mulher, a família, o que significa ganhos em saúde para a população, no imediato e a longo prazo (Victora et al., 2016). Optou-se pelo modelo de sete medidas. De facto, o CSSines assiste uma população de grávidas, mães e bebés e está carente de iniciativa concreta na promoção do AM. Assume-se desta forma, a pertinência do atual trabalho. Deste modo, a 17 de outubro de 2017 foram aplicados os primeiros esforços para dar início à criação de condições, para a candidatura do CSSines a UAAM, apresentando a intenção do projeto ao conselho de administração, dando estes o parecer positivo a 8 de novembro de 2017 (Apêndice B).

## 2.2. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE – ULSLA, EPE

A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano - EPE (ULSLA), foi criada pelo decreto-Lei nº 238 de 31 de outubro de 2012, por integração do Hospital do Litoral Alentejano - EPE e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACES Alentejo Litoral). Está implantada na sub-região estatística do Alentejo Litoral, parte da Região do Alentejo, abrangendo parte do Distrito de Setúbal e do Distrito de Beja. Geograficamente, tem uma área total de 5.309,04 km<sup>2</sup> e está limitado a norte com a Península de Setúbal e o Alentejo Central, a leste com o Baixo Alentejo, a sul com a Região do Algarve e a oeste com o Oceano Atlântico. Conforme figura 3, a ULSLA faz a gestão integrada dos cuidados primários,

hospitalares e parte dos cuidados continuados da região do Alentejo Litoral, integrando a oferta dos prestadores de cuidados do Sistema Nacional de Saúde (SNS) dos concelhos de Alcácer do Sal, Sines, Odemira, Grândola e Santiago do Cacém, com uma população residente de 97.895 habitantes (ULSLA, 2018).

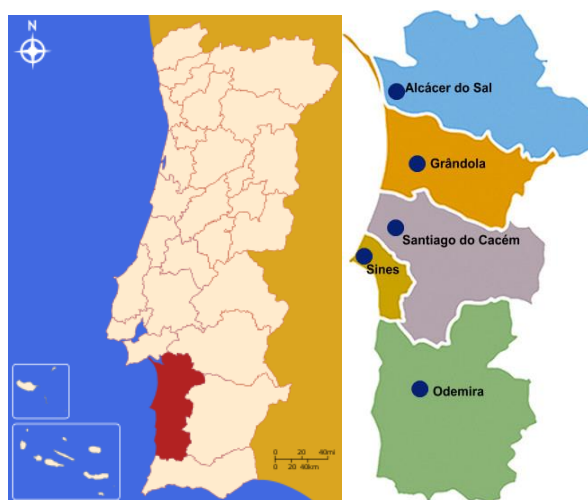


Figura 3 Área de influência da ULSLA

### 2.3. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção decorreu no CSSines, o qual se enquadra na área de abrangência da ULSLA-EPE. Sines é um concelho do Alentejo Litoral, que pertence ao distrito de Setúbal. Composto por duas freguesias (Sines e Porto Covo), abrange uma área de 202,7km<sup>2</sup> e apresenta uma população estimada de 14238 habitantes. A grande maioria da população concentrada na freguesia de Sines. Apresenta uma extensa frente litoral, com cerca de 53 km, faz fronteira com o concelho de Santiago de Cacém a norte e nascente e com o concelho de Odemira a sul (Marçal et al., 2014), conforme figura 4.





Figura 4 Concelho de Sines

Verifica-se que a distribuição populacional residente é heterogénea, identificando-se discrepâncias significativas entre os vários concelhos. Na última década a população do Alentejo Litoral diminuiu 2%, no entanto o Concelho de Sines cresceu em termos populacionais 4,9% conforme é visível na figura 5, através de dados recentes (Pordata, 2018).

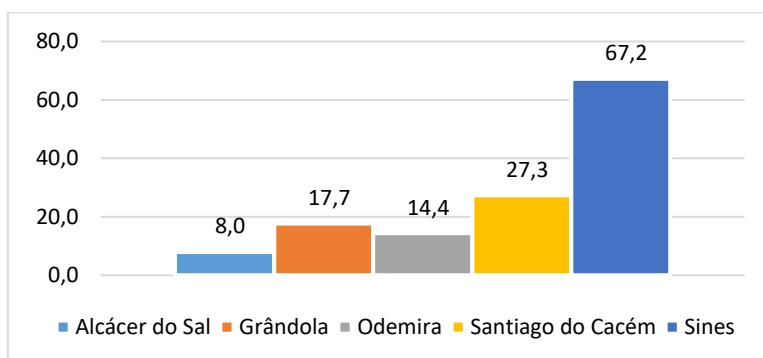


Figura 5 Densidade populacional nos concelhos servidos pela ULSLA

Os fluxos de entrada nos municípios da região do Alentejo por razões de trabalho ou estudo corresponde a 3,8% da população residente na região. Sines destaca-se dos restantes municípios registando um fluxo de entrada equivalente a 46,9% da sua população residente, conforme tabela 1 (Pordata, 2018).

Tabela 1 Fluxos de entrada/saída no Município de Sines – 2017					
Entrados para estudar ou trabalhar			Saídos para estudar ou trabalhar		
Sexo			Sexo		
H/M	H	M	H/M	H	M
6674	5547	1127	975	484	491

O CSSines é composto por duas unidades funcionais: A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) constituídas por equipas multidisciplinares. Articulam-se de forma a servir a população em todas as vertentes bio-psico-sociais e comunitária. No CSSines existe ainda um polo da Unidade de Saúde Pública (USP) da ULSLA. As diferentes unidades desenvolvem atividades nas duas freguesias do concelho de Sines, contabilizando uma população de cerca de 15.384 inscritos, o que ultrapassa o número total de habitantes do concelho. Pelas suas características portuárias, industriais e turísticas, também atende uma considerável quantidade de utentes com inscrição esporádica (Marçal et al., 2014)

De acordo com o Decreto-Lei n.º de 28/2008 de 22 fevereiro, a criação de unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde, têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde. A UCSP presta cuidados personalizados garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física/funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei n.º de 28/2008).

Quanto aos compromissos assistenciais das duas unidades do CSSines (UCSP e UCC), podem-se distinguir diversos programas/projetos, dirigidos à população, que implicam parcerias de colaboração e articulação, quer entre as unidades funcionais do SNS, quer entre as instituições comunitárias. Os programas/projetos são descritos a seguir.

#### 2.4 CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

O novo CSSines inaugurado no dia 8 de junho de 2017 divide-se em dois pisos. No piso zero há dependências que funcionalmente se destinam a a) atendimento de utentes, b) guarda de equipamentos, c) espaços sanitários, d) apoio aos funcionários e ainda e) espaço multiusos.

Para o atendimento de utentes, encontram-se as consultas de vigilância de hipertensão arterial (HTA), diabetes, hipocoagulados, saúde do adulto e do idoso, consulta complementar/consulta aberta, vigilância oncológica, consultas de vigilância/tratamento de pé diabético (cuidados podológicos), vacinação, terapia compressiva de úlceras venosas crónicas no membro inferior, consulta de cessação tabágica, consulta de referência da tuberculose, programa de troca de seringas e programa de substituição com metadona.

O primeiro piso é constituído por a) área de espera, b) gabinetes de atendimentos, c) gabinetes de coordenação e d) espaços sanitários. A sala de espera possui mesmo um espaço reservado às crianças/mães. Para o atendimento de utentes encontram-se as consultas de saúde infantil/juvenil, de saúde materna/planeamento familiar e os rastreios de cancro do colo do útero (RCCU). A acessibilidade aos pisos utilizados pelos utentes é facilitada por elevador.

A equipa é composta por dezoito enfermeiros (um com funções de chefia na UCC e um com funções de chefia na UCSP, dez médicos especialistas em medicina geral e familiar (um com função de coordenador), oito administrativos, quatro assistentes operacionais, uma higienista oral, um psicólogo, uma assistente social, uma delegada de saúde pública e duas técnicas de saúde pública e ambiental. Exercem aqui 46 Profissionais.

Considerem-se ainda os recursos funcionais que permitem a clínica. Todo o registo clínico do doente/utente é feito exclusivamente em suporte informático. O programa utilizado é o Sclinico. Através deste programa é possível a) prever o movimento, retirando a lista e utentes de véspera, b) acompanhar a consulta no próprio dia, c) realizar registos pós-consulta. É ainda possível recolher o balanço das atividades realizadas por cada profissional, obter dados para análise estatística do movimento de doentes/utentes. O Sclinico funciona no serviço desde há vários anos, teve várias atualizações e todos os profissionais de saúde tem proficiência para o utilizar.

Quanto aos projetos/programas desenvolvidos da UCC, destaca-se:

- Programa nacional de saúde escolar (PNSE);
- Programa de Saúde Materno-infantil;
- Rede nacional dos cuidados continuados integrados (RNCCI), que engloba equipa de cuidados continuados integrados (ECCI)/ cuidados paliativos;

- Projeto de apoio aos cuidadores informais;
- Cuidados domiciliários (VD de enfermagem da UCSP e UCC).

O CSSines conta com as seguintes parcerias (figura 6):

- Equipa local de intervenção precoce de Sines (ELI);
- Comissão de proteção de crianças e jovens de Sines (CPCJ);
- Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco (NACJR);
- Núcleo local de inserção/ rendimento social de inserção (NLI/RSI);
- Rede social (RS), encontros com a juventude/ gabinete do adolescente.

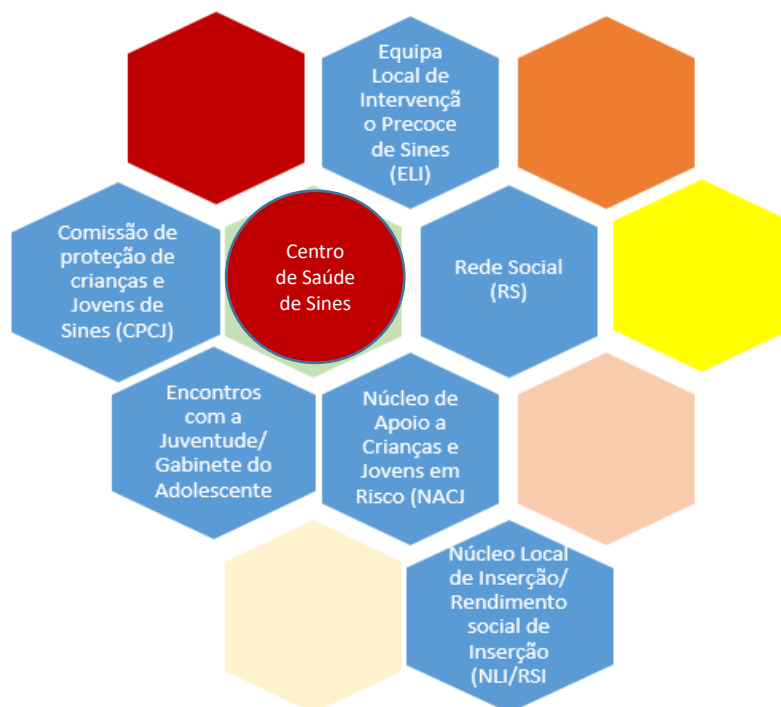


Figura 6 Organização das parcerias

## 2.5. CARATERIZAÇÃO DO CSSINES NO RESPEITANTE À ASSISTÊNCIA, VIGILÂNCIA E CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS A GRÁVIDAS, MULHERES EM IDADE FÉRTIL E CRIANÇAS

O CSSines acompanha grávidas, mulheres em idade fértil e crianças. De acordo com os dados obtidos através de levantamento na unidade, nos últimos cinco anos foram realizadas as consultas representadas na figura 7.



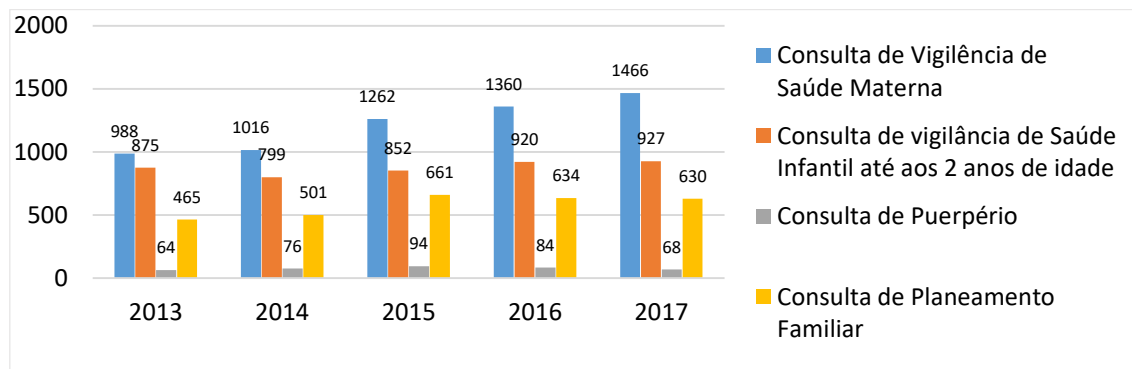


Figura 7 Consultas materno-infantis e de planeamento familiar - CSSines

Com a aprovação da UCC “Sines com Saúde” em 2012, foi possível dar continuidade, de uma forma mais estruturada, ou ainda implementar alguns programas /projetos na promoção das competências parentais, destacando-se nomeadamente:

- “Escola de Pais”, projeto este que dá resposta a algumas áreas do programa de Saúde Materno-infantil, integrando diversas atividades com diferentes dinâmicas, que permitem a aquisição de conhecimentos e o bom desenvolvimento da função parental. Enumeram-se os seguintes programas: 1) curso educar para a parentalidade/aulas preparação para o parto, 2) VD à puerpera e RN, 3) curso agora pais, 4) curso de massagem ao bebé e momentos de amamentação.

Nos últimos cinco anos, observa-se que apesar de haver um decréscimo acentuado a partir dos três meses de vida, no ano de 2017 a prevalência de AM aos seis meses, revela um aumento significativo. Supõe-se que este facto se deve ao esforço desenvolvido pelas equipas que prestam cuidados materno-infantis e ao seu empenho cada vez maior nos programas de promoção, apoio e incentivo ao AM (figura 8).

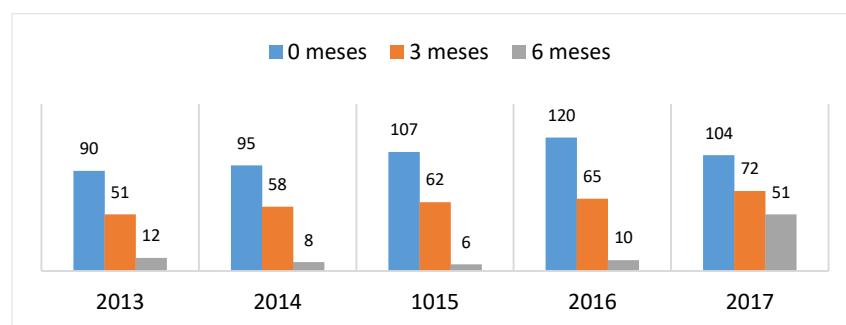


Figura 8 Prevalência do AM até aos 6 meses de vida da criança (Dados obtidos através de levantamento na unidade)



Verifica-se na figura 9, que o nos últimos cinco anos o número de VD's até ao sétimo dia de vida do RN, é inferior ao número de nascimentos. Comenta-se o facto, pois pode estar relacionado com o número reduzido de enfermeiros com formação em AM e por sua vez, ao decréscimo do AM nos primeiros 3 meses de vida do RN.

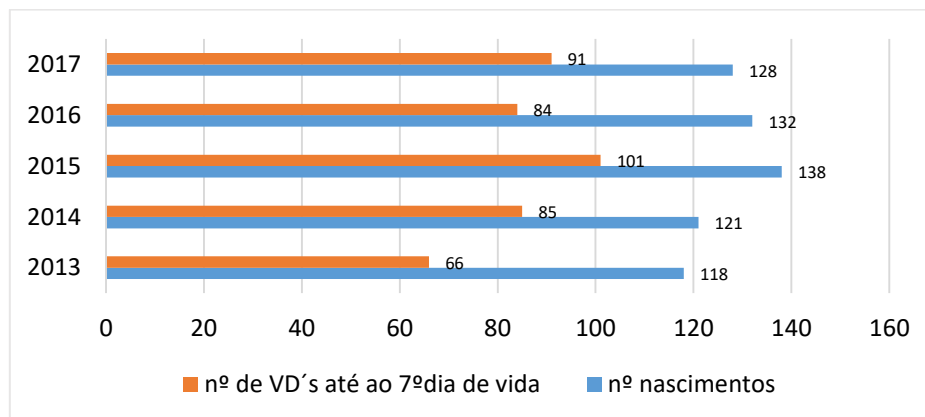


Figura 9 Número de nascimentos/número de VD's até ao 7º dia de vida do RN (Dados obtidos através de levantamento na unidade)

A figura 10 relaciona o número de grávidas inscritas na consulta de vigilância de SM, com o número de grávidas que estiveram presentes no curso de preparação para o parto nos últimos cinco anos, verifica-se que a adesão está abaixo dos 50%. Este resultado pode igualmente justificar o decréscimo acentuado do AM nos primeiros três meses de vida do RN.

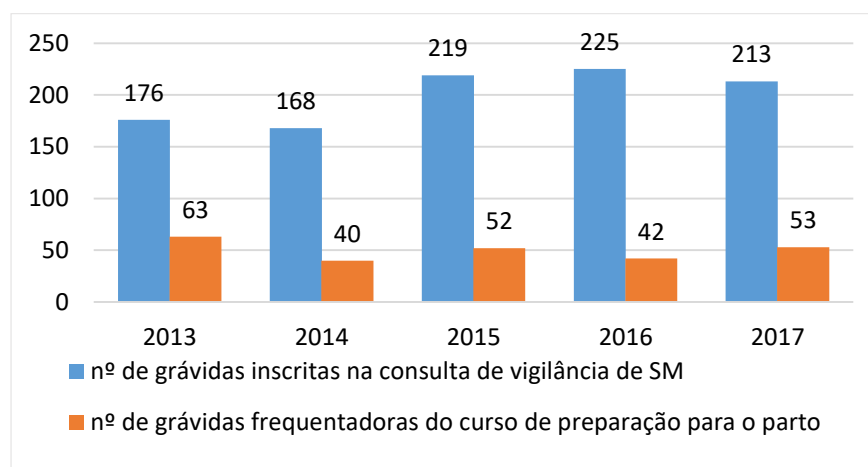


Figura 10 Grávidas da consulta de SM versus Grávidas da classe pré-natal (Dados obtidos através de levantamento na unidade)

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

Nos dias de hoje, somos constantemente confrontados com o emergir de novos conhecimentos científicos, que nos proporcionam atualização e desenvolvimento do saber adquirido. Tal irá refletir-se no nosso próprio crescimento pessoal e profissional. Neste sentido, há uma constante necessidade de desenvolver e atualizar conhecimentos específicos, que atribua competências a todos os que exercem uma determinada profissão.

Para a aquisição de competências inerentes a este percurso, considerou-se de extrema importância, refletir acerca do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, tendo em conta o regulamento n.º. 127/2011 de 18 de fevereiro do Diário da República. Deste modo, apesar de todas as competências serem inerentes ao EESMO, as que mais se evidenciam e se refletem no exercício profissional ao nível dos CSP são concretamente:

a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade;

b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal;

c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

A OE (2011) salienta que, o ESMO está autorizado a desempenhar intervenções autónomas e interdependentes, em todas as situações consideradas de baixo risco, bem como, nas situações de médio e alto risco que envolvam processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Os enfermeiros, em processo contínuo de desenvolvimento, têm cada vez mais a responsabilidade de procurar adquirir um vasto leque de conhecimentos e competências. Assim, con-

seguirão atualização sistemática do dia-a-dia profissional e pessoal. Uma garantia da qualidade dos cuidados é a busca de evidências científicas, de modo a operacionalizar uma prática baseada na evidência. Tal aplica-se também à prestação em CSP.

Os CSP, nos dias de hoje, ocupam um lugar de destaque pela sua importância na ligação ao utente. A partir do momento que se conhece os problemas e necessidades da comunidade, o enfermeiro pode intervir especialmente na área da promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Organizações internacionais de facto reconhecem, pois destaca-se o papel fundamental dos enfermeiros de CSP na implementação de um “Início de vida saudável” (Graça, et.al., 2011; WHO, 2002). Como tal, no âmbito do processo de aquisições de competências, como EESMO e como mestranda, numa atitude de pesquisa e reflexão sobre o apoio, proteção e promoção do AM, constatou que deveria investir na temática do AM.

São incontestáveis os benefícios e a importância do AM para o desenvolvimento físico e emocional da criança. Várias publicações sobre o tema, enaltecem estas vantagens e destacam a sua influência na diminuição das taxas de morbimortalidade (Horta & Victora, 2013). Para o sucesso do AM é relevante melhorar o conhecimento materno sobre a sua importância, incentivar o envolvimento da família e capacitar os profissionais. É assim clara a importância da formação profissional contínua, com vista ao aperfeiçoamento de conhecimento, habilidades e práticas de modo a promover, proteger e apoiar o AM (Almeida, Luz & Ued, 2015). É igualmente relevante envolver todas as categorias profissionais na formação, para que haja um discurso homogéneo e uniformização das orientações dadas às grávidas e mães sobre os benefícios do AM, pois orientações discordantes não são eficazes na sua prevalência (Jesus, Oliveira & Morais, 2017).

O processo de candidatura do CSSines a UAAM, através da implementação das sete medidas preconizadas pela UNICEF, pretende contribuir para o desenvolvimento de boas práticas no que diz respeito ao AM. A aplicação destas boas práticas recomendadas pela OMS e pela UNICEF, é condição indispensável para que uma unidade de saúde possa vir a ser considerado UAAM, depois de avaliado por uma equipa externa nomeada pela UNICEF.

Foram identificadas as necessidades da criação da UAAM, como agente de mudança, avaliando as opções e os recursos necessários para a sua implementação. Foi divulgado o projeto e solicitada a sua aprovação, explicitando o modo de operacionalização e as

estratégias de mudança, conferindo crédito ao processo. Refletindo e em abstrato, ou seja, num processo cognitivo mais elaborado, a partir das influências colhidas em autores que abordam o processo de aquisição e desenvolvimento de competências (Fukada, 2018; Karami, Farokhzadian & Foroughameri, 2017; OE, 2011), concretizando a matéria da presente secção deste documento (i.e., descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências), poderá ser transmitido através do seguinte esquema circular (figura 11).

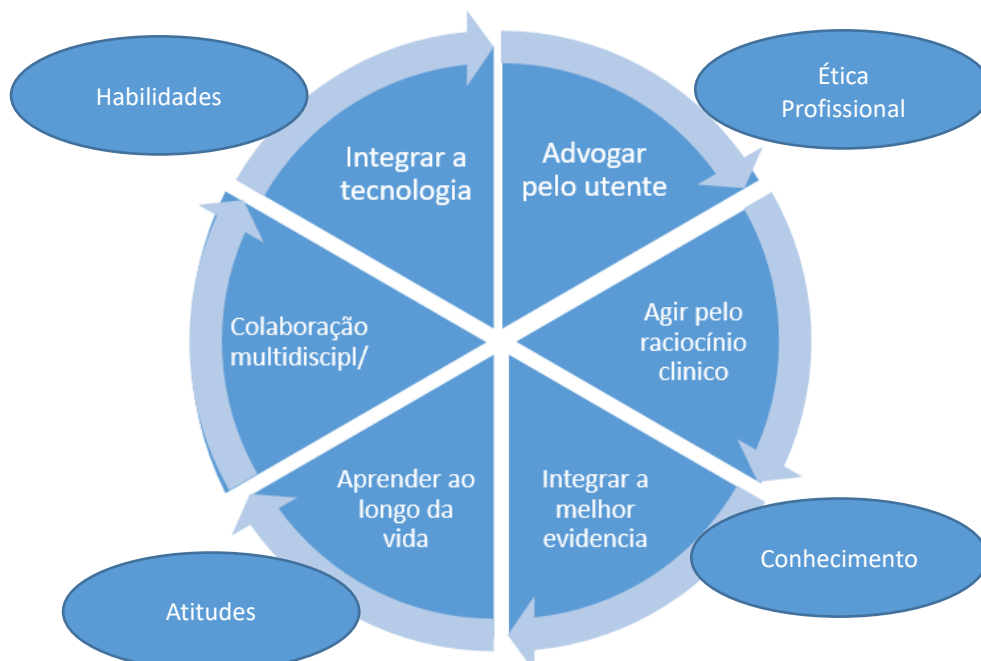


Figura 11 Esquemática do processo de aquisição de competências

De facto, os conhecimentos teóricos recentemente adquiridos possibilitaram um paralelismo com a prática. Levantaram-se questões, às quais se buscaram respostas ao longo deste percurso e que permitiu, acima de tudo, adquirir competências para uma aprendizagem ao longo da vida, com o intuito de fazer sempre mais e melhor, procurando representar da forma mais digna e exigente a profissão de enfermagem.



### **3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES**

Uma população é um conjunto de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios. A população alvo é uma população particular que é submetida a um estudo (Fortin, 2009). Considera-se população alvo, toda a população em que o investigador está interessado; população acessível, aquela com a qual é possível ter comunicação, geralmente limitada a uma região, uma cidade, um hospital, etc (Polit, 2004). Quando se realiza um projeto, é imprescindível realizar um diagnóstico de situação. A análise da população de utentes foi entendida nesta secção, como uma abordagem àquilo que institucionalmente é conhecido e também uma abordagem à população que é acessível. Necessita-se assim conhecer o seu entendimento, relativamente ao fenómeno que selecionamos para aprofundar, o AM. Ou seja, identificar as características do fenómeno/evento/carência, ou seja, a situação do que vai ser tratado. É fundamental caracterizar a população sobre a qual se realizará o estudo, com o intuito fundamental de obter toda a informação ligada ao fenómeno em estudo. Concretamente a população que reúne todas as características que permitam responder aos objetivos.

#### **3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO**

Os CSP são considerados um dos principais responsáveis pelo acompanhamento das mulheres durante o período pré e pós-natal. É durante a gravidez que a maioria das mulheres idealiza os padrões de alimentação infantil, durante os primeiros meses da vida do bebé é comum surgirem dificuldades na amamentação e pressões sociais para introdução precoce de certos alimentos, nomeadamente água, chás, leite artificial entre outros (Alves et al., 2013). Deste modo, cabe aos profissionais, assumir uma atitude ativa de promoção e apoio ao AM de forma a garantir a sua prevalência.

Os dois grupos que compõem este projeto são compostos pelos funcionários e utentes beneficiárias dos cuidados de saúde materno-infantis do CSSines.

### 3.1.1. População alvo - Funcionários do CSSines

Para o sucesso do AM, é recomendado o envolvimento da equipa multidisciplinar. Neste contexto, foram incluídos no projeto, todos os funcionários do CSSines que se mostraram disponíveis, apresentando-se previamente o consentimento livre e esclarecido (Apêndice C). De modo a conhecer as atitudes e conhecimentos relativamente ao AM, foi aplicado um questionário (Apêndice D). O questionário continha na 1ª secção questões sociodemográficas e sociofamiliares, na 2ª secção inquiria-se sobre a formação em AM. Na 3ª secção, através de instrumentos de autor (Ingram, 2006) averiguou-se as atitudes e conhecimentos face ao AM. Foi feito o pedido de autorização ao autor de instrumento validado (Apêndice E). Os questionários foram aplicados entre maio e agosto 2018, após realização de pedido (Apêndice F) e respetivo parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ULSLA (Apêndice G). Em termos mais pormenorizados, os resultados do questionário encontram-se no apêndice H.

#### Dados socio demográficos e sociofamiliares dos funcionários

Participaram 31 funcionários, no caso três do sexo masculino e 28 do sexo feminino. Tinham idade entre os 28 e os 62 anos. A média de idade era de 43,58 (DP=9,39).

Na tabela 2 encontram-se representadas também as idades de acordo com o sexo.

Tabela 2 Estatísticas descritivas de acordo com a idade

	N	Mínimo	Máximo	Media	DP
Idade Homens	3	28	36	32,66	4,16
Idade Mulheres	28	28	62	44,75	9,05
Idade	31	28,00	62,00	43,5806	9,39

Relativamente aos dados sociodemográficos a grande maioria (n=23; 74.2%) são casados ou vivem em união de facto (tabela 3). Quanto à escolaridade a maioria tem formação superior, com 14 (45.2%) de licenciados ou formação técnica, nove mestres (29%) e 1 doutor (3.2%), conforme tabela 4.

Tabela 3 Estado civil

	n	%
Solteiro(a)	5	16,1
Casado(a)/U.de facto	23	74,2
Divorciado(a)	2	6,5
Viúvo(a)	1	3,2
Total	31	100,0

Tabela 4 Escolaridade

	n	%
Completo o 9º Ano	3	9,7
Completo o 12º Ano	4	12,9
Curso técnico/Licenciado	14	45,2
Mestrado	9	29,0
Doutoramento	1	3,2
Total	31	100,0

A maior parte dos funcionários (n=22; 71%) tem filhos (tabela 5). A maioria (n=17; 54.8%) afirma que o último filho, durante a estadia no hospital por nascimento, foi alimentado só com leite materno (tabela 6).

Tabela 5 Funcionários com filhos

	n	%
Sim	22	71,0
Não	9	29,0
Total	31	100,0

Tabela 6 Alimento dado ao RN

	n	%
Leite materno	17	54,8
Misto	6	19,4
Total	23	74,2
Missing	8	25,8
total	31	100,0

De acordo com a memória que têm, todos os funcionários com filhos, antes do nascimento destes, tinham intenção de amamentar. Dos 11 funcionários que responderam à questão sobre o tempo decorrido entre o nascimento e o 1º episódio de amamentação, à data do parto no hospital, foi de 1 minuto no mínimo e de 60 minutos no máximo, com media de 34.18 (DP=20.18) e moda 30 minutos (tabela 7).

A alimentação constituída por leite materno, leite artificial e papas/sopas de bebé, foi a mais representada (n=10; 32.3%), quando os funcionários recordam a alimentação do seu último filho, até aos 6 meses (figura 12).

Tabela 7 Tempo decorrido entre o nascimento e 1º episódio de amamentação

	n	%
1,00	1	3,2
5,00	1	3,2
30,00	5	16,1
40,00	1	3,2
60,00	3	9,7
Total	11	35,5

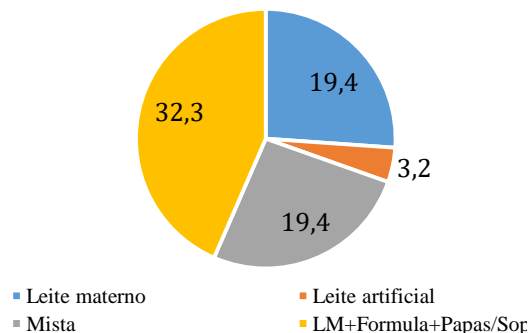


Figura 12 Alimento dado ao RN até aos 6 meses

Os profissionais que realizam formação em AM, demonstram uma atitude mais favorável face ao aconselhamento geral sobre esta temática. Neste contexto, surgem os cursos de aconselhamento em AM, que favorecem o desenvolvimento de habilidades específicas de aconselhamento, para além dos aspetos teórico-práticos relacionados com a amamentação. Estudos nesta área revelam que, a formação dos profissionais influencia na decisão de amamentar (Jesus et al., 2017).

De acordo com o relato dos funcionários, a grande maioria não tem formação em AM (n=25; 80.6%) conforme figura 13. A formação dos profissionais sobre aconselhamento em AM requer, mais horas de desenvolvimento. Este resultado aponta para a necessidade de repensar estratégias, que incentivem os profissionais a realizar formação nesta área.

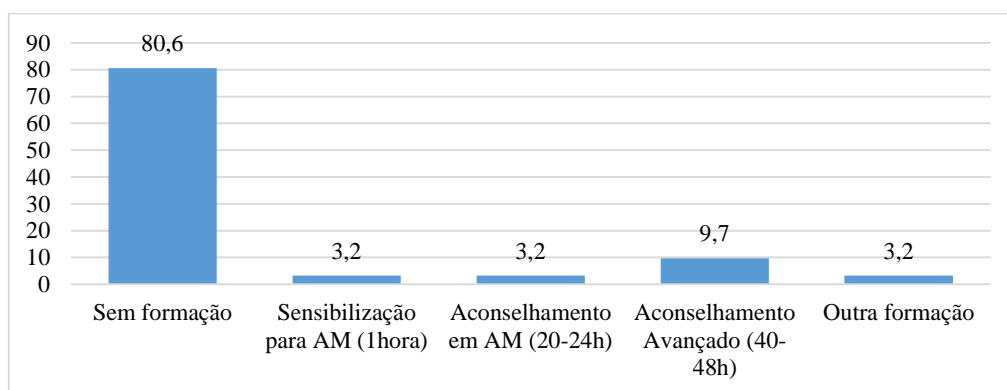


Figura 13 Formação dos profissionais em AM



### As atitudes dos profissionais de saúde face ao Aleitamento Materno

As atitudes e habilidades são adquiridas de maneira informal ao longo da vida, ou metodicamente, através de leituras e cursos, proporcionando uma melhor atuação dos profissionais, sobretudo no que diz respeito ao processo de comunicação, imprescindível na promoção e apoio ao AM. A prática de AM é complexa, por isso, é essencial que a atuação dos profissionais seja adequada à cultura, hábitos, crenças e estatuto socioeconómico nos diversos contextos onde a mulher/família se inserem (McFadden et al. 2017). Fazer aconselhamento em AM implica mudanças de atitude e de perspetivas, para além disso requer aprendizagem (Balogun et al., 2016; Galvão, 2006).

#### *Escala de atitudes*

Aplicada a escala de atitudes face ao AM de Ingram, observa-se que as respostas da maioria dos profissionais, aqui em representação percentual, manifestam sobretudo um entendimento positivo (Ingram, 2006). Para o texto atual transcrevem-se alguns indicadores (figura 14), encontrando-se o conjunto total de itens no final do documento (Apêndice H).

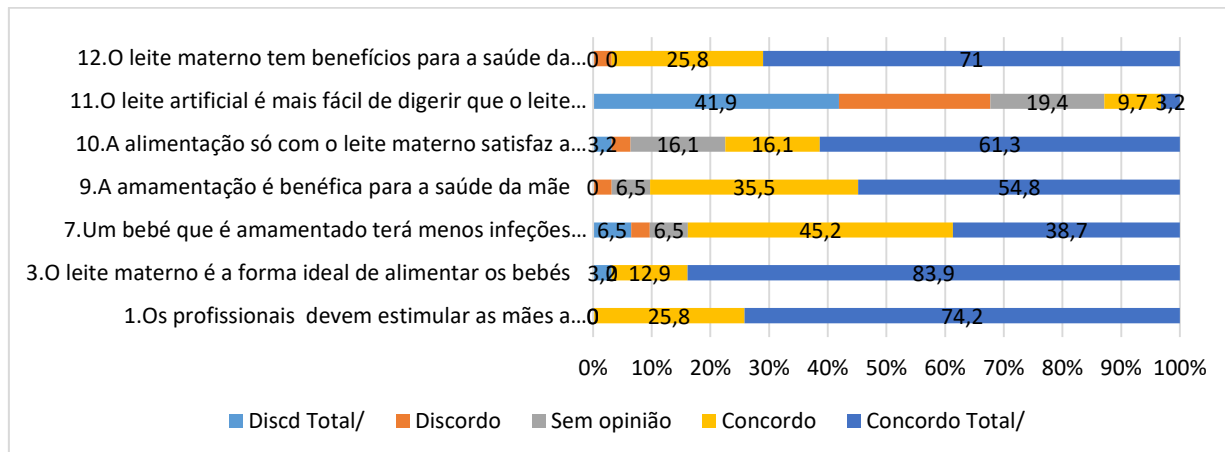


Figura 14 Atitudes dos funcionários face ao AM

#### *Escala de conhecimentos*

O conhecimento e as atitudes andam próximos. Comente-se a matéria e descrevam-se os conhecimentos através de exemplos dos resultados. A mastite, a baixa produção de leite, a pega incorreta, mamilos doidos, a candidíase, são causas determinantes no sucesso do AM. (Sandes et al., 2007; Silva, Soares & Macedo, 2017). A dedicação e o apoio dos profissionais

são fundamentais para o sucesso do AM, estes podem atuar precocemente na prevenção dos traumas e mastites, que ocorrem nos primeiros dias de puerpério. É importante que o enfermeiro conheça estas dificuldades e intervenha, de modo que a lactação seja bem-sucedida, uma vez que as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no processo de amamentar podem ser causadoras de desmame precoce (Leone & Sadeck, 2012; Rocci&Fernandes2014).

Os conhecimentos dos funcionários foram analisados através da escala de Ingram. Em alguns itens sugere existir alguma carência de conhecimento, enquanto noutros mais técnicos existe propriedade. Os resultados globais encontram-se no Apêndice H.

Feita a análise dos resultados, dos 21 participantes, constata-se que no que respeita ao aconselhamento em caso de mastite, a maioria respondeu que se deve continuar a dar de mamar nos dois lados (nº=15), isto revela que a maioria detém conhecimentos face a esta problemática. Exemplifica-se aqui a atuação dos profissionais face a uma mulher com mastite (figura 15)

8. Se a mãe fica com uma mastite, o que se deve aconselhar em relação à amamentação?

1. Continuar a dar de mamar dos dois lados
2. Parar de dar de mamar na mama que está afetada
3. Parar de dar de mamar nas duas mamas
4. Tomar antibióticos

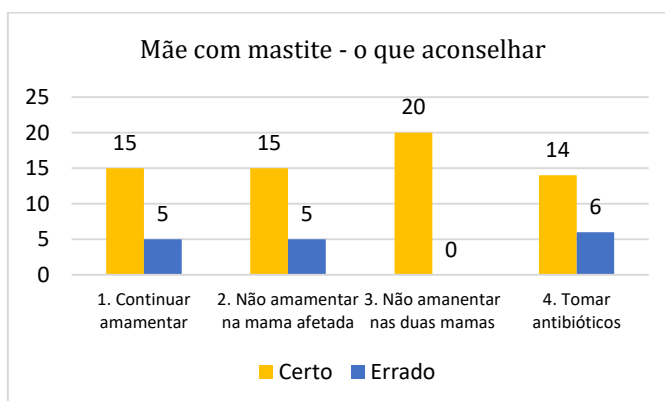


Figura 15 Atuação profissionais face à mulher com mastite

### 3.1.2. População alvo – Utentes beneficiárias dos serviços materno-infantis do CS Sines

Após apresentação de consentimento informado (Apêndice I) aplicou-se um questionário às utentes do CSSines (Apêndice J). Das mulheres que frequentam a unidade de saúde em idade reprodutiva, mães e as que se encontram na fase gravídico-puerperal, disponibilizaram-se 168. O instrumento de recolha de dados continha na 1ª secção questões sociodemográficas e sociofamiliares. Na 2ª secção questionava-se sobre a vigilância de saúde na gravidez e comportamentos no pós-parto. Na 3ª secção, através de instrumentos de autor (Ingram, 2006) averiguava-se junto dos participantes sobre atitudes e conhecimentos relativamente ao AM.

Das 168 participantes, 91 estão grávidas (54,2%), encontrando-se entre as 6 e as 40 semanas de gestação. Há assim 111 participantes que já tiveram filhos, das quais 34 estão atualmente grávidas. As participantes no seu total tinham idades entre os 18 e 45 anos ( $M=31.83$ ;  $DP=5.76$ ), distribuía-se conforme se apresenta na tabela 8.

Tabela 8 Estatísticas descritivas de acordo com o grupo obstétrico

	N	Mínimo	Máximo	Media	DP
Grávidas do 1º filho	57	19	41	31.54	5.76
Grávidas do 2º ou mais filhos	34	22	43	32.47	4.76
Mulheres c/ filhos ã grávidas	77	18	45	31.77	6.26
Total	168	18	45	31.83	5.76

A idade materna é considerada por vários autores um fator determinante para a prevalência do AM. A adolescência é apontada como um fator causal para o desmame precoce. A idade quando relacionada com outras dificuldades, sobretudo o nível educacional e socioeconómico mais baixo, a falta de apoio familiar muitas vezes associado a serem solteiras, leva ao insucesso do AM (Frota, Lopes, Lima, Sales & Silva 2016; Pinto, 2008). Conclui-se através de estudos sobre a prevalência do AM, que a idade materna mais avançada leva a uma maior continuidade do AM, nomeadamente em mulheres multíparas e com experiências positivas de amamentação (Sarafana et al., 2006).

Relativamente à paridade, autores mencionam que nas multíparas, a prevalência do AM está relacionada com a experiência anterior de alimentação dos filhos, já as primíparas tendem a iniciar a amamentação, no entanto, esta é mantida durante menos tempo e recorram mais precocemente à introdução de novos alimentos e desmame antecipado, muitas vezes influenciadas por crenças e fatores culturais face ao AM (Brandão, Almeida, Silva & Verde, 2016; Caldeira et al. 2007).

Quanto à escolaridade a maioria completou o 12º Ano (n=71; 42,3%) conforme figura 16.

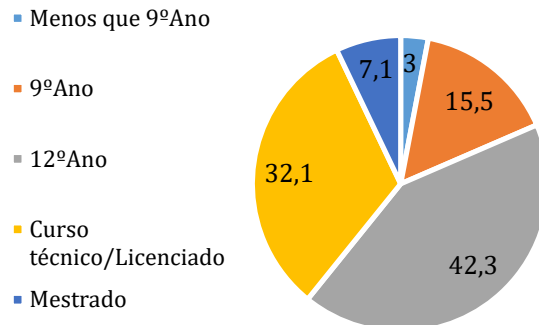


Figura 16 Escolaridade das utentes

A maior parte das mulheres tem ocupação laboral permanente (n=107; 63,7%) conforme figura 17.

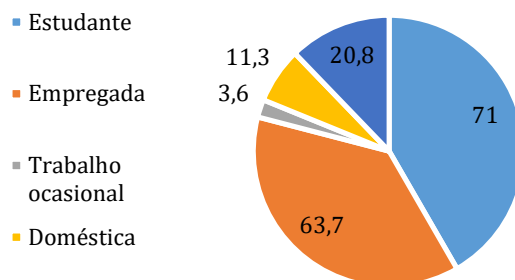


Figura 17 Situação laboral das utentes

Existe alguma controvérsia na literatura sobre a prevalência do AM estar relacionada com o nível de escolaridade e a situação profissional.

Estudos revelam que, o nível de escolaridade mais elevado das mães influencia positivamente a amamentação, visto haver um maior acesso a informação (Sandes et al., 2007; Sarafana et al, 2006). Já outros autores afirmam que existe um aumento na interrupção do AM exclusivo entre as mulheres com mais escolaridade. Uma possível explicação para esse facto, é que o maior nível de escolaridade aumenta as possibilidades de as mães terem emprego fixo e o retorno ao trabalho nos primeiros meses de vida da criança, pode prejudicar o processo do AM (Campos, Chaoul, Carmona, Higa & Vale, 2015).

No que diz respeito à situação profissional, tendo em conta as condições que são criadas para a manutenção do AM, o trabalho fora de casa pode influenciar positiva ou negativamente a



amamentação. Apesar de não ser apontado como principal determinante, alguns autores revelam que as mães trabalhadoras têm maior dificuldade na amamentação, sobretudo de forma exclusiva. O trabalho informal e desemprego também podem interferir negativamente na duração do AM, pela necessidade de manter estratégias de ajuda financeira (Araújo et al. 2013; Campos et al., 2015; Sandes et al., 2007; Sarafana et al., 2006,).

Quanto ao estado civil, a grande maioria (n=109; 64.9%) são casados ou vivem em união de facto (tabela 9).

Tabela 9 Estado Civil das Participantes

	n	%
Solteiro(a)	56	33.3
Casado(a)/U.de facto	109	64.9
Divorciado(a)	3	1.8
Total	168	100,0

De acordo com alguns autores a situação conjugal não influencia o AM positiva ou negativamente, não havendo interdependência entre a duração da amamentação e o “estado civil”. No entanto, pesquisas mostram que a estabilidade do casal é considerada influência positiva para o AM (Leone & Sadeck, 2012; Rocci & Fernandes, 2014).

Considerando todas as participantes, nomeadamente as que já têm filhos e no momento não estão grávidas, o número de consultas pré-natais variou entre 1 e 14 consultas. O número de consultas das participantes atualmente grávidas variou entre 2 e 12 consultas.

A maior parte das participantes atualmente grávidas não fez preparação para o parto (n=54; 59,3%), comparativamente a 37 (40,7%) que fez. Nas que fizeram preparação para o parto, a maioria (n=26; 72,2%) reconhece que o tema do AM já foi abordado no âmbito das classes.

De acordo com a informação das participantes atualmente grávidas e das que têm filhos não estando atualmente grávidas, a gravidez foi seguida na maior parte das vezes por médico, enfermeira generalista e enfermeira especialista em simultâneo (n= 127; 75,6%), conforme tabela 10.

Tabela 10 Técnico que assistiu na vigilância da gravidez

	n	%
Medico	36	21,4
Enfermeira Generalista	3	1,8
Enf. SMO	2	1,2
Medico + Enf Generalista + Enf SMO	127	75,6
Total	168	100

As consultas pré-natais, para além da promoção da gravidez e deteção precoce de complicações, visam dar confiança à mulher e ajudam a incentivar a prática do AM (Almeida 2015; WHO, 2002). As expetativas ou planos estabelecidos pela mulher na fase pré-natal influencia a amamentação, o início e duração da mesma, pelo que o acompanhamento pré-natal é determinante no sucesso do AM (Alves, 2016; Kuschnir, 2008).

As aulas de preparação para o parto, ajudam a desmistificar todas as representações que a mulher/casal faz da gravidez, do parto e da prática do AM, baseada em mitos e crenças.

O objetivo destas sessões é preparar a grávida para a parentalidade, de modo a que no final da gestação haja confiança e conhecimentos suficientes, que contribuam para o empoderamento das mulheres e famílias, para que as decisões tomadas sobre a alimentação da criança sejam fundamentadas (Almeida et al., 2015; Alves et al., 2016).

Baseado nestes pressupostos, é uma preocupação do Ministério da Saúde, que a preparação para o parto seja desenvolvida em todos os Centros de Saúde do país. Na Circular Normativa nº2 de 2006 da DGS, está bem evidente a importância que o Ministério atribui, considerando esta atividade uma vertente dos cuidados pré-natais. É importante que as mães desenvolvam conhecimentos, atitudes e autoconfiança face à amamentação, através de métodos educativos diversificados e apoio de profissionais bem treinados, com recurso a estratégias de intervenção iniciadas na gravidez e continuadas no pós-natal (Almeida et al., 2015; Hannula, Kaunonen & Tarkka, 2008). A implementação de medidas de proteção, apoio e promoção do AM contribui para aumentar a sua duração (Alves, Oliveira & Fonseca, 2016; Baerug et al., 2016)

A maior parte das participantes que estão grávidas tem intenção de amamentar (n=84; 92.3%). Contudo cinco não responderam à questão (figura 18). Porém, quando se questiona

a mãe sobre os alimentos que tem intenção de dar ao seu filho até aos seis meses, quatro participantes não respondem e 30 (33%) não prevê fazer AME (tabela 11).

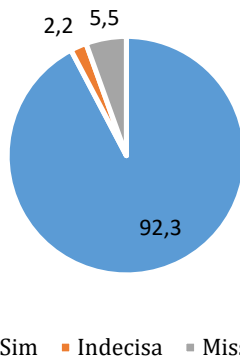


Figura 18 Intenção de amamentar nas grávidas

Tabela 11 Intenção para a alimentação da criança até aos 6 meses de gravidez

	n	%
Só leite materno	57	62,6
Leite materno e leite artificial	5	5,5
Leite materno, leite artificial e papas/sopas de bebé	25	27,5
Total	87	95,6
Missing	4	4,4
Total	91	100,0

Considerando as participantes que já tiveram filhos, quando os respetivos filhos nasceram, a maioria tinha intenção de amamentar (n=108; 97,3%), conforme figura 19. Porém, nas 85 mães que responderam (26 não responderam), a alimentação do RN nos primeiros 6 meses de vida foi de leite materno exclusivamente em 30 casos (27%) de acordo com a tabela 12.

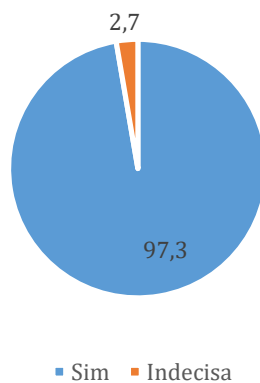


Figura 19 Intenção de amamentar nas mulheres com filhos

Tabela 12 Alimentação realizada até aos 6 meses de vida do RN

	n	%
Leite materno	30	27
Leite artificial	6	5.4
Misto	19	17.1
LM+Formula+Papas/sopas	30	27
Total	85	76.6

Considerando as participantes que já tiveram filhos, para a maioria o parto ocorreu por via vaginal (n=75; 67,6%), conforme figura 20. Na alimentação do RN durante a sua estadia no hospital a maior parte amamentou (n=92; 82,9%) de acordo com a figura 21.

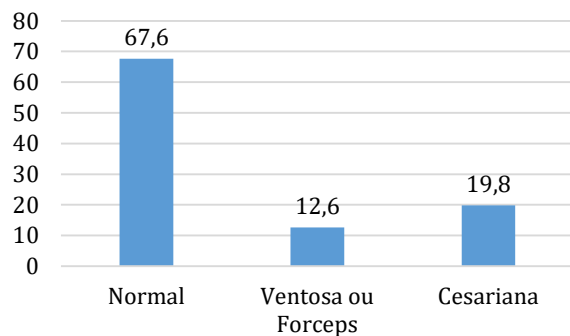


Figura 20 Tipo de parto

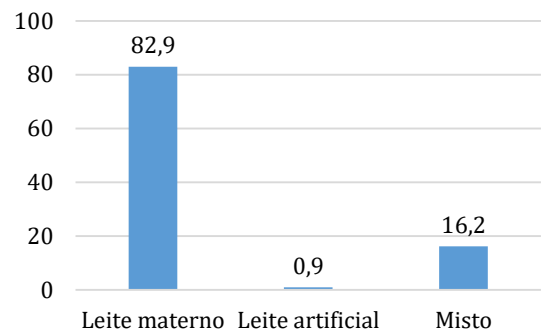


Figura 21 Alimentação do RN no Hospital

No que diz respeito ao tipo de parto, existem estudos que não relacionaram o tipo de parto com o abandono precoce do AM (Caldeira, Moreira & Pinto, 2007). No entanto, o parto vaginal *versus* parto por cesariana parece facilitar a primeira mamada, o contacto precoce da mãe e recém-nascido, vai contribuir para diminuir o risco da introdução de leite artificial antes de se estabelecer a lactação (Boccolini, Carvalho & Oliveira, 2015).

Por sua vez, o tipo de parto parece ter mais influência no tempo que decorre entre o nascimento e a primeira mamada, facto que ganha importância para o estabelecimento do AM (Boccolini et al, 2015; Figueiredo et al., 2013).

Considerando as participantes que já tiveram filhos e considerando o pós-parto do último filho, o tempo decorrido entre a expulsão do concepto e o 1º episódio de AM situou-se entre 1 minuto e 240 minutos (4h), com média de 39.45 minutos (DP=37.76), moda 60 minutos e mediana 30 minutos, conforme figura 22.

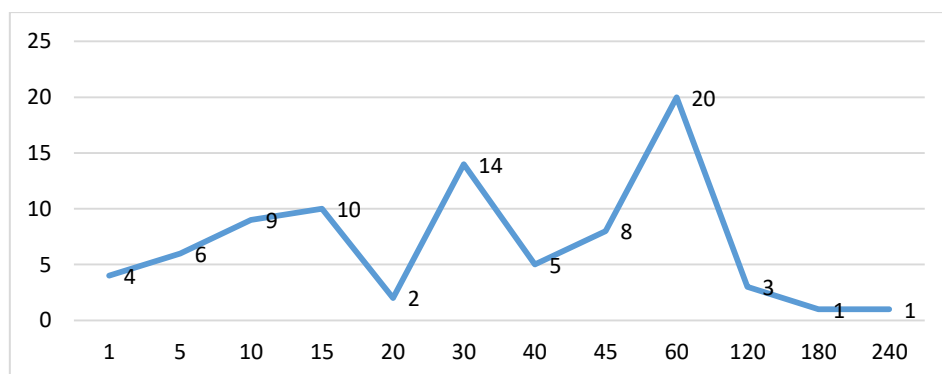


Figura 22 Minutos decorridos do nascimento versus 1º episódio de AM



### Escala de Atitudes

Aplicada a escala de atitudes face ao AM de Ingram 2006, observa-se que as respostas da maioria das utentes, aqui em representação percentual, manifestam concordatas. Na figura 23 apresentam-se os primeiros itens do instrumento. A análise global da escala encontra-se no Apêndice K.

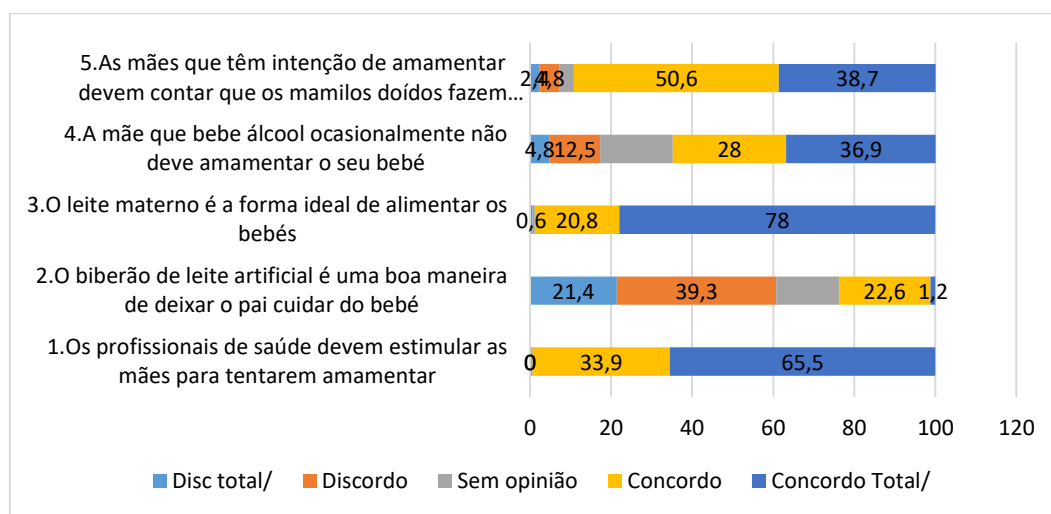


Figura 23 Atitude das mulheres face ao AM

A maioria das inquiridas, concorda que os profissionais de saúde devem estimular as mães para amamentar e consideram o leite materno a forma ideal de alimentar os bebés. No entanto, através dos resultados, constatou-se que existe necessidade de informação face ao AM, já que estas acreditam que os mamilos doídos fazem parte do processo de amamentar e que beber álcool ocasionalmente, implica deixar de amamentar. Verifica-se também que algumas mães consideram o leite artificial uma boa maneira de deixar o pai cuidar do bebé. Perante os resultados, conclui-se que as dúvidas e dificuldades presentes no processo do AM podem estar relacionadas com a falta de informação coerente, o que propicia práticas inadequadas, como a introdução de líquidos e outros alimentos antes dos seis meses de idade. Tal facto evidencia a necessidade de ações de promoção, proteção e apoio do AM por parte dos profissionais e instituições (Almeida et al., 2015; Vargas et al., 2016).

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

Estudos vêm sendo publicados no sentido de mostrar o real impacto das IUAAM, nas taxas de AM. De modo a fundamentar este trabalho foi realizada uma revisão da literatura. A análise de todos os estudos permitiu verificar que o AM é um desafio para o profissional de saúde, independentemente da sua área de atuação, pois na maioria das vezes não estão devidamente sensibilizados e preparados para o tema em questão. Verifica-se que durante o processo de implementação da IUAAM nas instituições podem ocorrer diversas dificuldades, contudo, reconhece-se a importância dessa estratégia para o sucesso do AM, com impacto positivo na prática da amamentação.

Como metodologia utilizou-se a estratégia PICO. Este método consiste na revisão retrospectiva de artigos científicos, tendo sido delineada a seguinte questão PICO: “A Iniciativa Unidade Amiga do Aleitamento Materno influencia a prevalência do aleitamento materno?” A figura 24 pretende apresentar esquematicamente a pesquisa.

Questão: A Iniciativa Unidade Amiga do Aleitamento Materno influencia a prevalência do aleitamento materno?”	
<b>População</b>	Mulheres em pós-parto ou até um ano após o nascimento
<b>Intervenção</b>	Aleitamento Materno Exclusivo
<b>Comparação</b>	Unidades Amigas do Aleitamento Materno versus Unidades convencionais
<b>Achados</b>	Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo

Figura 24 Quadro da Estratégia PICO

Para a identificação e seleção dos artigos, foi utilizada a área reservada da Ordem dos Enfermeiros para pesquisar na plataforma EBSCO, nas seguintes bases de dados *on-line*: Cochrane Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection e MedicLatina.

A pesquisa foi efetuada no período compreendido entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018. Os limitadores utilizados na pesquisa foram as publicações em texto completo e com o friso cronológico de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, com língua de publicação em português, inglês e espanhol.

Foi utilizada a terminologia em saúde consultada nos descritores em Ciências da Saúde (DECS): Aleitamento materno; leite humano; desenvolvimento infantil; nutrição da criança;

fórmulas infantis; Centros de Saúde Materno-Infantil. A pesquisa bibliográfica resultou num total de 82 artigos encontrados.

Após a leitura de cada um dos resumos dos artigos da pesquisa, foram selecionados os que se relacionavam com a IUAAM, formação dos profissionais de saúde e o impacto na prevalência do aleitamento materno. Adotou-se, como critério de exclusão, os artigos repetidos nas diferentes bases de dados, os que não atendiam aos objetivos da revisão, aqueles que não estivessem disponíveis *on-line*, assim como os artigos sem resumo.

A OMS recomenda, sempre que possível, o AM exclusivo até aos seis meses de idade, e a sua continuação como parte importante da dieta do bebé até pelo menos aos dois anos de idade (Kramer & Kakuma, 2012; WHO, 2003). A promoção do AM é uma prioridade de saúde pública, tal como já foi referido, o AM tem benefícios a curto, médio e longo prazo para os recém-nascidos e para as mães. Poucos comportamentos de saúde têm um impacto tão amplo e duradouro na saúde da população, com o potencial de melhorar a sobrevivência, saúde e bem-estar. (Brito, Alexandrino, Godinho & Santos, 2011).

A sessão precoce do AM, nem sempre é um desejo das mães, está muitas vezes relacionada a uma grande prevalência de problemas com as mamas, preocupação com a oferta de leite adequada, comportamento do bebé, e em alguns contextos ao constrangimento relacionado com o amamentar em público. (Caldeira et al. 2007; Silva, Soares & Macedo, 2017).

Nem sempre as mães recebem dos serviços de saúde o apoio necessário, muitas vezes devido à carência de profissionais de saúde com formação na prevenção e tratamento de problemas relacionados com a amamentação (Cattaneo et al. 2010 ). Apesar de não serem conhecidos todos os fatores envolvidos na decisão de amamentar, reconhece-se que a amamentação é o resultado de uma longa socialização da mãe e da sua experiência de vida, influenciada pelas atitudes dos profissionais de saúde e as práticas adotadas no serviço. Portanto, treinar e educar profissionais de saúde e outros que fornecem apoio à amamentação é fundamental. (Galvão 2006; Figueiredo et al., 2013).

Numa revisão Cochrane que inclui 100 estudos clínicos os quais envolveram 83.246 mulheres de 29 países, comprovou que todas as formas de apoio, analisadas em conjunto, aumentaram o tempo em que as mulheres continuaram a amamentar, com ou sem oferecer



outros tipos de líquidos ou alimentos. Ou seja, as evidências comprovam que o apoio diminuiu o número de mulheres que desistem de amamentar (parcial ou exclusivamente) antes de quatro a seis semanas e antes do sexto mês. Os leigos treinados, assim como os profissionais de saúde, tiveram um impacto positivo sobre o AM (McFadden et al, 2017).

O apoio especializado vai ajudar as mulheres a evitar ou superar problemas relacionadas com a amamentação e que podem levar à interrupção do AM. Em contextos nos quais a amamentação não é a norma social, o apoio pode aumentar a crença das mulheres no AM e dar-lhes confiança para continuarem a amamentar, diante das pressões sociais e familiares que possam prejudicar o AM. Em locais onde a amamentação exclusiva é rara, o apoio pode desfazer mitos sobre a necessidade de alimentos ou líquidos adicionais ao AM para atender às necessidades nutricionais dos bebés. (McFadden et al, 2017).

A iniciação do AM na maioria dos países desenvolvidos é superior a 90%, no entanto, esta taxa diminuiu significativamente até aos seis meses (WHO 2009). Já em Portugal também se observam taxas de iniciação de 90%, embora com queda acentuada ao longo do tempo. A taxa de prevalência de AM aos seis meses ronda os 30% e a de AME os 20% (Graça et al., 2011).

Um estudo realizado sobre a prevalência e determinantes do AM em Portugal concluiu que as taxas de AM estão abaixo das recomendações internacionais (Alarcão et al., 2014). Porém, um estudo introdutório sobre a evolução do AM em Portugal nas últimas duas décadas constatou que, a prática de AM teve uma evolução positiva aos três e quatro meses, sendo que a prevalência de mães a amamentar em exclusivo duplicou. Os autores deste estudo afirmam que, as ações desenvolvidas no âmbito do programa IUAAM levou a esta melhoria (Kislaya et al, 2017).

A IUAAM tem sido associada ao aumento dos índices de AM (Escamilla, Josefa, Martinez & Pérez, 2016). Mais de 21.000 instalações em 198 países já foram credenciadas, representando 27,5% das maternidades em todo o mundo, mas a maioria dos bebés ainda não nasceu num ambiente Amigo do AM (McFadden et al, 2017).

Os profissionais inseridos no contexto da IUAAM, não devem apenas serem educados quanto aos aspetos biológicos do AM, mas também, serem sensibilizados quanto à valorização da relação com as mães e à perceção das rotinas de toda a instituição, como práticas



facilitadoras da amamentação. A definição de uma política interna de AM é o primeiro passo para o credenciamento de uma UAAM, a sua implementação possibilita a uniformidade das atividades desempenhadas pela equipa multidisciplinar e na equidade quanto às orientações que são transmitidas às mães. Deste modo, a IUAAM contribui para a prevalência do AM, sendo necessário neste contexto, realizar formação contínua e permanente destinada à equipe de saúde que está envolvida na assistência materno-infantil (Maroja, Silva & Carvalho, 2014).

A formação profissional contínua com vista ao aperfeiçoamento de conhecimento, habilidades e práticas de modo a promover, proteger e apoiar o AM, não deve ser apenas voltada para os profissionais de saúde da área hospitalar, mas também aos que atuam nos CSP.

Através da análise de todos os estudos incluídos, verifica-se que o investimento na formação dos profissionais de forma a cumprir os passos exigidos pela IUAAM, contribui para a redução do abandono precoce do AM, podendo conseqüentemente diminuir a morbimortalidade infantil. É também importante, que todos os profissionais envolvidos tenham uma atitude ativa de promoção e apoio ao AM e se tornem frequentadores de cursos de aconselhamento em AM preconizados pela UNICEF (2017). A manutenção de práticas adequadas face ao AM revela-se de grande importância, para que os níveis de qualidade alcançados ao longo do processo de creditação das UAAM, não se percam com o tempo. (Jesus, P. et al, 2017).

### 3.3. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Os dados referidos nas secções anteriores expuseram as descritivas de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, que decorreu entre maio e agosto de 2018, no CSSines com o objetivo de descrever a opinião, atitudes e conhecimentos das utentes-mães, grávidas e equipa multidisciplinar do CSSines relativamente ao AM.

Descreve-se seguidamente o acesso às duas subamostras de participantes, cuidadores e beneficiários de cuidados.

**Recrutamento das utentes:** A sub-amostra 1 é calculada a partir do critério de Krejcie e Morgan (1970), e teve por base o número de efetivas presenças na unidade de saúde. Na seleção da amostra, consideraram-se as utentes do CSSines que frequentaram a consulta de

planeamento familiar, saúde materna, puerpério, saúde infantil, aulas de preparação para o parto, curso “Educar para a Parentalidade” e massagem aos bebés.

As participantes utentes foram convidadas a participar em momento posterior à consulta. A recolha de dados foi realizada através da aplicação de questionários de autopreenchimento que foi entregue em mão, em suporte de papel (i.e., Apêndice J). Apenas foram incluídas na amostra as grávidas e mães que cederam o seu livre consentimento para participar no estudo. Constituiu critério de exclusão a menor idade.

Este questionário foi objeto de um pré-teste a vinte grávidas, que não faziam parte da amostra, de modo a avaliar a clareza das perguntas e facilidade de preenchimento. A estrutura inicial manteve-se por não se verificar quaisquer dificuldades.

**Recrutamento Funcionários:** A sub-amostra 2 corresponde aos funcionários, elegendo-se toda a equipa multiprofissional. Os funcionários do CSSines foram convidados a participar, de uma forma global, a partir da apresentação da ideia do projeto desenhado para o CSSines (Apêndice L). De maneira individual, aos que mostraram disponibilidade, foi apresentado o consentimento informado (i.e., Apêndice C) e respetivo questionário (i.e., Apêndice D).

**Aspetos comuns de ambos os estudos:** Os dados foram tratados através da aplicação IBM-SPSS® versão 24. Os questionários foram respondidos de forma anónima. Em nenhum momento do instrumento de recolha de dados foram solicitados dados que pudessem identificar ou comprometer o/a participante. O registo é numérico e os questionários respondidos serão mantidos à guarda da mestranda, que sobre o seu conteúdo guardará sigilo.

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Os objetivos correspondem aos resultados que se pretendem alcançar num determinado contexto para a população-alvo, através da implementação de projetos. Por sua vez, os objetivos devem de ser precisos, pertinentes e executáveis. Para estabelecer objetivos, deve ter-se em consideração a natureza do que se pretende investigar, população-alvo, local de aplicação e a definição de tempo para os atingir. Contudo, podem surgir obstáculos relacionados com a resistência à mudança ou de carácter organizacional, legal ou financeiro (Tavares, 1990).

##### 4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O presente projeto tem como objetivo fundamental, criar as condições para a candidatura do CSSines a UAAM, através do modelo UNICEF de sete medidas.

Como objetivos específicos:

- Conhecer a opinião, atitudes e conhecimentos das utentes-mães e grávidas e equipa multidisciplinar da CSSines relativamente ao AM;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da implementação de medidas que promovam a candidatura a UAAM;
- Uniformizar as práticas da equipa multidisciplinar face ao AM.

##### 4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A APOPULAÇÃO ALVO

De modo a planear os objetivos a atingir com a população alvo, consideraram-se as sete medidas definidas pelo Comité Português para a Unicef e a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Medidas essas criadas mediante a importância atribuída ao papel dos profissionais que trabalham nos CSP, face à promoção, proteção e apoio ao AM. Apesar de haver um longo caminho a percorrer, pode considerar-se que os objetivos infractados foram alcançados na sua generalidade.

**Objetivo 1:** Divulgar uma política de aleitamento materno através de diferentes formas de expressão a toda a equipa do CSSines;

O conhecimento da política por todos os funcionários e utentes é uma medida que preserva o próprio programa. Se os prestadores necessitam de orientação para exercer na clínica, os utentes devem ser conhecedores, para solicitar os cuidados que mais se adequam à sua melhor saúde.

**Objetivo 2:** Elaborar um plano de formação para a equipa multidisciplinar;

Os planos de formação, tornam concreto as ideias, os objetivos ou os conteúdos dos programas. Na heterogeneidade dos elementos da equipa, o plano de formação guia aquilo que é reconhecido como relevante para as boas práticas.

**Objetivo 3:** Promover junto das utentes grávidas/puérperas e família os benefícios do AM;

Os benefícios do AM são muitos. Contudo os profissionais de saúde não devem cair na vulgaridade desta expressão, pois perde significado. As utentes/família precisam conhecer pormenores dos benefícios e exemplos, já que são estratégias, que ao lidar com a lógica, favorecem a persuasão e a adesão ao que é recomendado.

**Objetivo 4:** Apoiar as mães/puérperas nas consultas de saúde infantil no CSSines e através de VD para o AME até aos seis meses e de forma a complementar até aos 2 anos.

Constatando-se que a prevalência é um problema em Portugal, o apoio às mães e a ida a suas casas, é fundamental. Na consulta em espaço privado e *friendly* ou em casa, no espaço real, a eficácia do apoio pode ser aumentada.



## 5. ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

De modo a reunir condições para a candidatura do CSSines a UAAM é indispensável a introdução de boas práticas, o que implica a realização de várias atividades para o cumprimento dos objetivos traçados. Argumenta-se seguidamente sobre a fundamentação das intervenções.

### 5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

#### Atividades prévias ao projeto

- Reuniões com o orientador do projeto. Declaração de aceitação de orientação em Apêndice M.
- Reunião com as figuras da hierarquia (Enfermeiro-Diretor; Enfermeira-Chefe; Diretor Clínico da ULSLA) propondo o desenvolvimento do projeto;
- Redação do projeto;
- Entrega do Projeto nos Serviços Académicos da Universidade de Évora (Apêndice N);
- Entrega do projeto à Comissão de Ética para a saúde da Universidade de Évora (Apêndice O), a qual concedeu parecer positivo (Apêndice P);
- Formalização dos pedidos de autorização para a implementação do projeto e aplicação do instrumento de recolha de dados, ao Conselho de Administração da ULSLA e Comissão de Ética para a Saúde (i.e., Apêndice B, F, G).

#### Atividades de implementação do projeto

**Objetivo 1-** Divulgar uma política de aleitamento materno através de diferentes formas de expressão a toda a equipa do CSSines.

##### *Atividades realizadas:*

- Redação de uma política escrita sobre promoção, proteção e apoio ao AM (Apêndice Q);
- Apresentação da política à equipa multidisciplinar do CSSines (i.e., Apêndice L);
- Afixação da política em locais visíveis e acessíveis a toda a equipa multidisciplinar, grávidas e mães frequentadoras do CSSines.

**Objetivo 2-** Elaborar um plano de formação para a equipa multidisciplinar

*Atividades realizadas:*

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Planificação das ações de formação (Apêndice R e S);
- Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar através da divulgação da IUAAM (i.e., Apêndice L);
- Apresentação da sessão de sensibilização face ao AM (Apêndice T).

**Objetivo 3-** Promover junto das utentes grávidas/puérperas e família os benefícios do AM.

*Atividades Realizadas:*

- Divulgação de informação sobre os benefícios do AM e desencorajamento do Aleitamento artificial/suplemento (salvo contra-indicação);
- Argumentar sobre a cessação da distribuição gratuita dos substitutos do LM;
- Suspender a aceitação de chupetas, tetinas e substitutos do LM;
- Atestar que as grávidas, mães ou familiares não recebem do CSSines materiais que incluam substitutos LM;

**Objetivo 4-** Apoiar as mães/puérperas nas consultas de saúde infantil no CSSines e através de VD para o AME até aos seis meses e de forma a complementar até aos 2 anos.

*Atividades Realizadas:*

- Investimento pessoal na realização do Curso de Aconselhamento em AM (Apêndice V)
- Colocar em prática os conhecimentos adquiridos no Curso de aconselhamento em AM;
- Realizar a 1ª visita domiciliar pós-parto, nos dois a quatro dias após sair da maternidade;
- Planear consultas pós alta da maternidade, no CSSines ou no domicílio, realizada por qualificado em AM e oferecer o acompanhamento;

- Disponibilizar informação sobre apoio e ajuda com a alimentação dos bebés após o regresso a casa e incentivar as grávidas e puérperas na participação de grupos (Curso de “Preparação para o parto” e “Agora Pais”);
- Estimular a participação das famílias no apoio à amamentação.

## 5.2. METODOLOGIAS

A metodologia é entendida como o conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, ou a definição de passos para atividades, num projeto de intervenção no campo (Fortin, 1999; Polit 2004). No atual relatório, aplicaram-se ambas as perspetivas. O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e também oferece a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos (Fortin, 1999).

A investigação em Enfermagem constitui uma das vertentes do presente relatório de mestrado. A temática fundamental do estudo reporta-se à opinião, atitude e conhecimentos sobre o AM. A intervenção no campo, em estreita interação com a investigação, levou à prática real propostas de mudança. Construíram-se estratégias, intervenções reais para responder ao movimento de sete passos.

### 5.2.1. Estratégias Pessoais de Desenvolvimento de Competências

As estratégias devem valorizar a participação, funcionando o profissional como facilitador e mediador, avaliando a rede de recursos, a fim de os envolver precocemente em todo o processo (Graça et al., 2011).

Para o desenvolvimento de competências, foi importante investir na pesquisa bibliográfica avançada, uma vez que, providenciou um suporte teórico justificativo nesta área específica. Esta estratégia foi facilitar o meu desempenho no projeto de intervenção, pois contribuiu para a criação e implementação de medidas, respondendo às necessidades detetadas.

Investiu-se na formação pessoal frequentando o curso de aconselhamento em aleitamento

materno com a duração de 48 horas, segundo as recentes diretivas da OMS/UNICEF (i.e., Apêndice V). De facto, revelou-se importante esta aquisição de conhecimentos teórico-práticos, na medida em que proporcionou um melhor desempenho no apoio, motivação, ensinamentos e comunicação, o que é fundamental na adesão ao AM.

Investiu-se também no desenvolvimento de competências de investigação. Dado que a Universidade de Évora realiza em novembro de 2018 o V Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais (CLBSERS) e X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS), submeteram-se à apreciação dos revisores um resumo subordinado ao Título: Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno. Conhecimentos e atitudes dos Funcionários (Apêndice W) ao qual os revisores concederam o parecer positivo (Apêndice X).

Investiu-se também no conhecimento de ferramentas de análise de dados. Assim, trabalhou-se a introdução dos dados e a análise descritiva. Para tal utilizou o Programa SPSS.

#### *5.2.2. Recolha de dados sobre os conhecimentos em aleitamento materno dos profissionais e utentes*

Como instrumento de recolha de dados, escolheu-se a aplicação de um questionário. Os questionários permitem organizar, normalizar e controlar os dados, de modo a que as informações procuradas possam ser colhidas de um modo rigoroso, e se consiga prevenir o enviesamento (Fortin, 2009). Define-se questionário como a técnica de investigação composta por um determinado número de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e vivências (Barros, 1997).

A escolha deste instrumento recaiu na necessidade de adquirir informações objetivas sobre os conhecimentos e atitudes face ao AM. A estratégia a percorrer foi traçada mediante os resultados obtidos. Foi realizado um pedido de autorização para aplicação do questionário ao Presidente do Conselho de Administração da ULSLA e à Comissão de ética para a saúde, os quais deram parecer positivo (i.e., Apêndices B e G).

Foi escolhido um questionário adequado ao estudo em questão e realizado o pedido de autorização ao autor do mesmo para a sua aplicação (i.e., Apêndice E).



Antes de aplicar os questionários, o investigador deve ter em conta o tamanho, o conteúdo, a organização e a clareza de apresentação das questões, com a finalidade de estimular o questionado a responder. A escolha de questionários a aplicar num trabalho deverá traduzir os objetivos específicos da investigação, em itens claros e bem redigidos (Barros, 1997).

### 5.2.3. Formação da equipa multidisciplinar

#### Sessão de formação para apresentação do projeto

Mediante a elaboração de um plano de sessão (Apêndice R), no dia 10 de maio de 2018 foi realizada uma sessão de formação com o intuito de dar a conhecer aos profissionais de saúde o presente projeto de intervenção. A apresentação foi concretizada através de *power point* (i.e., Apêndice L) e teve a participação de 21 profissionais.

#### Sessão de sensibilização para a importância do AM

Foi preparada uma sessão de sensibilização para os profissionais não clínicos, com o respetivo plano de sessão (i.e., Apêndice S). A elaboração da sessão em *power point* (i.e., Apêndice T) teve a colaboração da enfermeira conselheira em AM e assessora de lactação, a exercer funções no CSSines.

De modo a ajudar a melhorar a organização e o desenvolvimento de futuras ações foi entregue um questionário de opinião referente às expectativas, metodologia e conhecimentos adquiridos. Verificou-se que a classificação qualitativa obtida é igualmente entre o satisfaz e o satisfaz bastante e entre o útil e o bastante útil. Para ilustrar, apresentam-se alguns itens na figura 25, podendo ser observados os dados globais no Apêndice U.

	Mínimo				Máximo
Aspetos	1	2	3	4	5
Motivou a participação do grupo	0	0	0	3	18
Despertou interesse	0	0	0	2	19
Exprimiou-se com clareza	0	0	0	1	20
Prestou os esclarecimentos solicitados	0	0	0	2	19
Estabeleceu boa relação com o grupo	0	0	0	0	21

Figura 25 Opinião dos funcionários quanto à intervenção/formação realizada pela mestranda na sessão 1

### 5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

O projeto é composto por três fases: a preparação, a implementação e a avaliação.

**Preparação do projeto:** A preparação deste projeto teve início com a identificação dos problemas/necessidades existentes. Posteriormente foram planeadas atividades sustentadas nos objetivos a serem alcançados. De modo a obter a aprovação para aplicação do projeto, foram elaborados e enviados os pedidos de autorização aos superiores hierárquicos e ao conselho de comissão de ética para a saúde da ULSLA, dos quais se obteve parecer positivo (i.e., Apêndice B e G). Foram efetuadas pesquisas bibliográficas e reuniões de orientação pedagógica. Posteriormente apresentou-se o projeto à equipa multidisciplinar (i.e., Apêndice L).

**Implementação do projeto:** Definiu-se um conjunto de atividades, elaboradas com base nos objetivos traçados e implementadas com fundamentação teórica e metodológica bem definida. No momento da implementação do projeto, ocorreram mudanças em função de uma série de circunstâncias, nomeadamente financeiras, exigindo a alteração do que foi inicialmente planeado.

**Avaliação do projeto:** Colocar em marcha um projeto é sempre um desafio, pois não depende somente de quem o idealiza, mas também dos apoios institucionais e comunitários, do empenho da equipa envolvida e da obtenção dos recursos humanos, materiais e financeiros necessários para a sua implementação. Foram muitos os esforços desenvolvidos para preparar a candidatura do CSSines a UAAM, levando à concretização da maioria das atividades propostas, no entanto ainda existe um longo caminho a percorrer. Colocar este projeto em prática contribuiu positivamente para a prevalência do AM. No entanto, implementar este projeto no seu todo, envolve um trabalho conjunto, neste contexto, também seria importante desenvolver outras iniciativas, nomeadamente a divulgação do projeto a fim de conseguir, efetivamente, envolver a comunidade e as forças locais existentes.

### 5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

De modo a concretizar as atividades propostas para este projeto, foram necessários os seguintes recursos:

**Recursos Humanos:** Considera-se, o orientador do Projeto pelo apoio constante prestado, a equipa multidisciplinar do CSSines pela colaboração na entrega/receção e preenchimento dos questionários, as mães e grávidas frequentadoras do CS Sines pela participação no preenchimento dos questionários.

**Recursos Materiais:** Computador pessoal, *data show* e material didático para a realização das sessões formativas.

**Recursos Físicos:** A Apresentação das sessões de formação realizou-se na sala de reuniões do CSSines.

#### 5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Para a execução das atividades planeadas, no decorrer deste projeto realizaram-se vários contactos.

- Contacto com as enfermeiras coordenadoras da UCSP e UCC de Sines, a diretora clínica do CSSines, o presidente do conselho de Administração e o Enfermeiro Diretor da ULSLA, a Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ULSLA, no sentido de obter os consentimentos para execução do projeto e aplicação dos respetivos questionários;
- Contacto com as representantes da “Iniciativa Amiga dos Bebés” para obter informações/esclarecimentos, sobre os procedimentos necessários para a candidatura a UAAM;
  - Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar do CSSines;
  - Aplicação de questionários aos funcionários e utentes mães/ grávidas do CSSines;
  - Apresentação da sessão de sensibilização à equipa multidisciplinar do CSSines.

#### 5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Para a continuidade de um projeto, é fundamental gerenciar os seus próprios custos. O orçamento dá-nos a previsão de todas as despesas necessárias para a realização de um projeto e o controlo de custos são essenciais para a conclusão do mesmo. Deste modo, os gastos a cargo pessoal foram, a compra de livros, material de escritório e fotocópias, as deslocações de Sines-Évora para reuniões com a orientadora de projeto, impressão dos questionários entregues aos funcionários e utentes, contactos telefónicos, inscrição no curso de

aconselhamento em AM (Apêndice V) e inscrição na conferência internacional do AM (Apêndice Y).

Não houve gastos a cargo da instituição, até à data. O projeto está preparado para entrar em marcha. Competira à hierarquia determinar se avança formalmente.

### 5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma foi fundamental na organização do projeto, dando maior clareza às etapas a serem seguidas no decorrer do mesmo. Este foi composto pelas ações programadas e o mês previsto para a sua concretização.

O Cronograma inicialmente traçado foi cumprido dentro dos períodos definidos (figura 26).

Ações	2017			2018								
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Redação do resumo do projeto												
Submissão SAC												
Pedidos de autorização												
Realização de reuniões												
Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar												
Construção de questionário sobre conhecimentos AM												
Aplicação dos questionários												
Redação de uma política sobre promoção, proteção e apoio ao AM												
Apresentação da política à equipa multidisciplinar												
Realização das atividades planeadas												
Redação do projeto												
Entrega do projeto												
Revisão de textos em Base de Dados e literatura da área específica												

Figura 26 Cronograma das atividades



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

A finalidade do processo de avaliação e controlo é o de assegurar que as atividades realizadas se ajustaram aos objetivos alcançados. Portanto, nesta fase importa relacionar os resultados obtidos com os objetivos que foram propostos inicialmente.

### **6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS**

A avaliação do projeto é baseada nos objetivos e atividades previamente estabelecidas, no entanto a avaliação não pode ser totalmente imediata, tendo em conta que é necessário algum tempo para compreender o impacto do projeto. Na sua maioria, os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos.

Com este projeto, foram adotadas estratégias de desenvolvimento profissional e organizacional e contribuiu para iniciar um processo de mudança que acrescentam valor aos profissionais e à instituição. Foi possível sensibilizar profissionais para a importância do AM e identificar os elementos-chaves para o processo de mudança envolvendo os profissionais, motivando-os com a perspectiva de melhoria e de utilização do seu potencial, assegurando o desenvolvimento profissional como estratégia de capacitação individual e coletiva para uma prática profissional de excelência.

A formação externa a todos os profissionais de saúde realizada por entidade credenciada aguarda concretização. Requer um elevado custo pessoal, financeiro e de tempo por parte dos formandos que deveria ser contemplado pelas instituições. No entanto, estão em curso diligências para a sua realização, nomeadamente contactos com os Municípios.

Apesar da iniciativa “cantinho da amamentação” coordenada pela DGS, se ter expandido a muitas UCSP, no centro de saúde onde se desenvolve o projeto, optou-se por dar resposta às necessidades das mães que amamentam no seu próprio domicílio. É realizada uma VD ao recém-nascido e à mãe com o objetivo de realizar o teste do pezinho, avaliar a saúde da mãe e bebé, o ambiente onde estão inseridos e avaliar a amamentação. As visitas são preferencialmente realizadas por enfermeiros com formação na área da amamentação.

## 6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

A implementação deste projeto permitiu conhecer as atitudes dos profissionais face ao AM. Através do estudo compreendeu-se que a maioria dos profissionais (80,6%), não tem formação em AM, no entanto a maioria manifesta um entendimento positivo face à temática em questão.

Ao dar a conhecer o conteúdo do projeto à equipa multidisciplinar, todos os presentes foram unânimes no que diz respeito à pertinência da sua implementação. Neste sentido, a adesão a IUAAM, vai contribuir para o desenvolvimento de estratégias de apoio e suporte à amamentação. O desenvolvimento de programas de formação específicos inerentes à iniciativa possibilita aos profissionais a aprendizagem de conhecimentos teóricos, práticos e capacidades de aconselhamento às mães/família. A uniformização da linguagem por todos os profissionais envolvidos irá facilitar a comunicação com a lactante, diminuindo a confusão causada por opiniões díspares entre profissionais.

A sessão preparada para os profissionais não clínicos irá contribuir para desmistificar alguns mitos e sensibilizar para o AM. É fundamental que estes compreendam que o seu papel passa por disponibilizar ajuda à mulher/família que amamenta, respeitando as suas opções, ajudando-a a concretizar o seu plano de amamentação. Verificou-se que a aprendizagem das habilidades comunicacionais é por certo o principal desafio dos profissionais que prestam assistência e apoio às mulheres/ famílias que amamentam e é nesse sentido que devemos continuar a investir.

Apesar do atual projeto ser de caráter académico, todo e qualquer benefício que possa trazer, em função da prevalência do AM, constitui uma mais-valia para a saúde da criança/mãe. Porém, estes benefícios são apenas o início da cascata que pode ter reflexos nos aspetos económico-financeiros da família, em benefícios para o ambiente e sobretudo para os ganhos em saúde, a maior prazo, que na realidade são invisíveis neste momento.

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

A elaboração deste projeto foi orientada por docente. A orientação foi feita mediante várias reuniões na escola de enfermagem São João de Deus, de Évora, chamadas telefónicas,

correio eletrónico e videochamada. As reformulações deste trabalho foram realizadas de acordo com o sugerido pela orientadora. O processo terá continuidade através dos relacionamentos com as forças vivas locais.

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

Competência é a capacidade de mobilizar de modo adequado os diversos conhecimentos adquiridos, aplicando-os numa determinada questão ou problema. A competência é considerada o último objetivo dos vários objetivos que para ela contribuem, é também, um processo construído que à partida não se perde. Deste nodo, somos donos de inúmeras competências construídas ao longo da vida (Roldão, 2003).

Com o objetivo de potenciar competências, os enfermeiros devem procurar colaborar em processos de aprendizagem e formação contínua para responderem às solicitações do indivíduo, família e pessoas significativas. O Enfermeiro especialista é detentor de competências específicas que permitem ver o indivíduo como um todo em interação com o ambiente que o rodeia. Tendo em conta a especificidade e abrangência dos cuidados inerentes ao desempenho do EESMO é necessário ter presente as suas competências específicas de acordo com o regulamento nº. 127/2011 de 18 de fevereiro do Diário da República. Neste contexto, essas competências foram analisadas e verificadas recorrendo à prática baseada em evidências, ao mesmo tempo que foram contextualizados e mobilizados os conhecimentos adquiridos.

O desenvolvimento de competências enriquece a capacidade interventiva do enfermeiro e promove a qualidade dos cuidados prestados. Perante estes factos, é fundamental que os enfermeiros de CSP desenvolvam competências e conhecimentos científicos, que lhes permitam desenvolver comportamentos que satisfaçam as necessidades das pessoas e comunidade onde se encontram inseridos.

A metodologia de trabalho utilizada neste projeto, permitiu uma análise refletiva constante das situações vivenciadas, da experiência profissional e da evidência científica existente. Ao longo do percurso efetuado, foi possível, demonstrar capacidade para identificar problemas e tomar decisões. Através das experiências obtidas, foi possível articular e conciliar os conhecimentos teóricos e, de uma forma sustentada, foi possível a aquisição de competências específicas de acordo com os objetivos pré-estabelecidos.

- Adquiriu-se competências que permitem intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher que amamenta, através da realização do Curso de Aconselhamento em AM (i.e., Apêndice V);



- Averiguou-se a necessidade de formação de todos os profissionais através da aplicação de questionários e da troca de experiências entre a equipa multiprofissional, em contexto das sessões de formação;
- Motivou-se a equipa de acordo com os diferentes saberes e aptidões para o seu desenvolvimento profissional na área de AM;
- Informou-se que a formação contínua na área do AM deve ser realizada a todos os profissionais da equipa multidisciplinar;
- Informou-se que todos os profissionais que desempenham funções nos serviços materno-infantis devem reger-se pelo código internacional de marketing de substitutos de leite materno;
- Acompanhou-se as mães nas visitas domiciliárias e nas consultas de enfermagem (consulta periódica e consulta autónoma) com o objetivo de aumentar o nível de informação da mãe sobre o AM.
- Aumentou-se a autoconfiança das mães em relação à sua capacidade para amamentar;
- Promoveu-se o apoio da família para estimular o AM;
- Sensibilizou-se a mãe a amamentar exclusivamente até aos seis meses de idade.
- Acompanhou-se os bebés nas consultas (periódicas e autónomas), realizando a pesagem do bebé semanalmente até ao primeiro mês de vida, quinzenal até ao segundo e mensal até ao quinto a bebés amamentados exclusivamente, enfatizando que o peso é um excelente parâmetro para verificar se o bebé está a mamar adequadamente e para avaliar as suas condições de saúde;
- Acompanhou-se as mães com maiores dificuldades até se estabelecer a lactação;
- Participou-se nos programas e projetos desenvolvidos na UCC que tem como finalidade dotar a população alvo de competências com vista ao sucesso do AM;
- Adquiriu-se e desenvolveu-se competências de investigação, aplicando esses conhecimentos na problematização de uma área de interesse para a prática do EESMO, baseada na evidência científica mais atualizada.

Além do enunciado anteriormente, a realização deste projeto trouxe competências não formalmente contabilizáveis, mas que se relacionam com a manifesta disponibilidade dos elementos da equipa. Tal contribui para a aquisição de conhecimentos, atitudes e/ou posturas que facilitaram a implementação do atual projeto. De facto, os vários profissionais, ao demonstrarem abertura, tornaram-se eles mesmos uma via facilitadora para a aprendizagem pessoal e para que o CSSines se venha a tornar de maneira concreta, uma UAAM.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências demonstram que uma das formas mais eficazes de contribuir para a melhoria do estado de saúde da criança, das mães, das famílias, do ambiente e da sociedade em geral é amamentar. O LM é o melhor alimento que se pode dar às crianças, sendo o mais completo e equilibrado e contendo características únicas que acompanham as suas necessidades. Porém, o abandono precoce é uma realidade, a sua proteção, promoção e suporte constitui uma prioridade de saúde pública. O modo como os profissionais abordam a temática do AM, pode afetar a sua iniciação e o seu estabelecimento. É por isso essencial, que os profissionais desenvolvam um conjunto de competências no âmbito do AM.

Partindo do princípio que o sucesso do AM também depende dos profissionais, é crucial investir na sua formação. Através da análise de todos os estudos incluídos neste projeto, foi possível verificar que o AM é um desafio para o profissional de saúde, independentemente da sua área de atuação, pois na maioria das vezes não estão devidamente sensibilizados e preparados para o tema em questão. Verificou-se também, que durante o processo de implementação deste tipo de iniciativas nas instituições, podem ocorrer diversas dificuldades, todavia, reconhece-se a importância dessa estratégia para o sucesso do AM com impacto positivo na prática.

Apesar das estratégias implementadas no CSSines para a promoção do AM, a sua prevalência diminui após o primeiro mês de vida do bebé e a sua cessação aumenta até aos seis meses. De modo a garantir o sucesso do AM, prevê-se que seja essencial implementar outras medidas, nomeadamente as sete medidas para ser considerada UAAM. Contudo, há que enaltecer os esforços que têm sido desenvolvidos pelos profissionais de saúde no CSSines, nomeadamente os enfermeiros. Dos momentos de apoio à amamentação destaca-se, o momento do diagnóstico precoce, as VD's com a observação da mamada, esclarecimento de dúvidas, disponibilização do número de telefone e reforço das informações dadas ao longo das consultas da gravidez bem como os cursos de preparação para o parto e pós-parto. Reconhece-se assim o papel essencial dos enfermeiros na promoção do AM, tornando-se importante felicitar e incentivar estes profissionais para continuarem a transmitir a sua “mensagem” de modo eficaz e contínuo. Porém, é importante o envolvimento de todas as categorias profissionais na formação, para que haja um discurso

homogéneo e uniformização das orientações dadas às grávidas e mães sobre os benefícios do AM, pois orientações discordantes não são eficazes na sua prevalência.

Neste sentido, a implementação do presente projeto, contribuiu para aumentar o conhecimento sobre a temática do AM e irá contribuir certamente para o desenvolvimento e implementação de estratégias eficazes à promoção, apoio e proteção do AM. A candidatura a UAAM será portanto uma boa estratégia para aumentar a prevalência e a duração do AM.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARSLVT (2017). *ACES Amigo dos bebés*. Disponível em: [http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news\\_id=1040](http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news_id=1040).
- Almeida, J., Luz, S. & Ued, F., (2015). Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (3), 355-362. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf>
- Alarcão, V., Simões R., Lavado J., Nunes L., Miranda F., Fernandes M. & Nicola P. (2014). *Estudo da Prevalência e Determinantes do Aleitamento Materno em Portugal – Um Contributo da Investigação sobre o Aleitamento Materno*. Unidade de Epidemiologia, Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://uepid.wdfiles.com/local--files/projectos.pdf>.
- Alves, J., Oliveira, M. & Fonseca, R. (2016). Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciências e Saúde Coletiva*, 23 (4), 1077-1088, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018234.10752016.
- Alves, N., Oliveira, M. & Moraes, J. (2013). Breastfeeding-Friendly Primary Care Unit Initiative and the relationship with exclusive breastfeeding. *Revista de Saúde Pública*, 47 (6), 1030-1040. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004841.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- Araújo, V., Medeiros, A., Barros, A., Braga, L., Trigueiro, J. & Dias, M. (2013). Desmame precoce: aspetos da realidade de trabalhadoras informais. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (10), 35-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1277>.
- Baerug, A., Langsrud, O., Loland, B., Tuft, E., Tylleskär, T., & Fretheim, A. (2016). Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Matern Child Nutrition*, 12 (3), 428-439. DOI: 10.1111/mcn.12273
- Ballard, O. & Morrow, A. (2013). Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatric clinics of North America*, 60 (1), 49-74. DOI: 10.1016/j.pcl.2012.10.002

- Balogun, O., O'Sullivan, E., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., Garner, C. Renfrew, M. ... MacGillivray, S. (2016). *Interventions for promoting the initiation of breastfeeding*. Disponível na Cochrane Database System Reviews (CD001688). DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.
- Barros, A. & Lehfeld, N. (1997). *Projecto de Pesquisa: Propostas Metodológicas* (6.<sup>a</sup> Edição). Petrópolis: Editora Vozes.
- Boccolini, C., Carvalho, M. & Oliveira, M. (2015). Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*. 49 (91), 1-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005971.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005971.pdf).
- Brandão, A., Almeida, A., Silva, L., Verde, R. (2016). Breastfeeding: Factors Affecting the Early Weaning. *Revista Científica FacMais*. 5 (1), 12-24
- Brito, H., Alexandrino, A., Godinho, C. & Santos, G. (2011). Experiência do aleitamento materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5), 209-14. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/4259/3160>.
- Caldeira, T., Moreira, P. & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos fatores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 685-99. [www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10424/10160](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10424/10160).
- Campos, A. Chaoul, C., Carmona, E., Higa, R. & Vale, I. (2015). Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, (2), 283-290. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt\\_0104-1169-rlae-23-02-00283.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00283.pdf).
- Carvalho, R., & Tavares, M. (2014). *Amamentação. Bases Científicas* (3.<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Castilho, S., & Barros, A. (2010). Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. *Jornal de Pediatria*, 86, 179-188. [https://www.researchgate.net/publication/239983757\\_Alimentos\\_utilizados\\_ao\\_longo\\_da\\_historia\\_para\\_nutrir\\_lactentes/download](https://www.researchgate.net/publication/239983757_Alimentos_utilizados_ao_longo_da_historia_para_nutrir_lactentes/download).
- Cattaneo, A., Burmaz, T., Arendt, M., Nilsson, I., Mikiel-Kostyra, K. & Kondrate, I. (2010)

- Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutrition*, 13 (6), 751-759. DOI: 10.1017/S1368980009991844.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M., Taneja, S., Bhandari, N. & Rollins, N. (2015) Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 96-113. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.13102>.
- Direção Geral da Saúde (2006). Normativa: Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais n.º 2/DSMIA. *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...dgs/...circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-160>.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Registo do Aleitamento Materno: Relatório Janeiro a Dezembro 2013*. Disponível em: <http://www.saudereprodu-tiva.dgs.pt/paginas-intermedias/profissionais/publicacoes-e-relatorios.aspx>.
- Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio (1999). Diário da República I Série, n.º 108, (10-05-1999), 2424-2435.
- Decreto-Lei n.º 28/8 de 22 de fevereiro (2008). Diário da República I Série, n.º 38, (22-02-2008), 1182-1189.
- Dubai Health Authority. (2017). *Four Primary Health Care Facilities receive Baby-Friendly Hospital accreditation from UNICEF and WHO*. Retrieved from: <https://www.dha.gov.ae/en/DHANews/pages/dhanews157837385-13-03-2017.aspx>.
- Edge Hill University. (2017). *UNICEF Baby Friendly Initiative University Accreditation for Edge Hill*. Retrieved from: <https://www.edgehill.ac.uk/news/2014/08/unicef-baby-friendly-initiative-university-accreditation-edge-hill/>.
- Escamilla, R., Josefa, L., Martinez, L. & Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 12, 402-417. DOI: 10.1111/mcn.12294.
- Figueiredo, S., Mattar, M. & Abrão, A. (2013). Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. *Revista de Enfermagem*, 47 (6), 1291-1297. Disponível em:



<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78091/82159>.

- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização* (5.ª Edição). Loures: Lusociência.
- Frota, M., Lopes M., Lima K., Sales, C. & Silva C. (2016). Interfaces of the discontinuation of breastfeeding. *Acta Scientiarum*, 38 (1), 33-38. Retrieved from: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/28514/pdf>.
- Gaitskell, K., Green, J., Pirie, K., Barnes, I., Hermon, C., Reeves, G. & Beral, V. (2018). Histological subtypes of ovarian cancer associated with parity and breastfeeding in the prospective Million Women Study. *International Journal of Cancer*. 142 (2), 281-289. DOI: 10.1002/ijc.31063. Epub 2017 Oct 12.
- Galvão, D. (2006). *Amamentação bem-sucedida: fatores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Graça, L., Conceição, M. & Figueiredo, M. (2011). Contributos da intervenção de Enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19, 2. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_27.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf).
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (9), 1132-1143. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672457>.
- Horta, B. & Victora, C. (2013). *Short-term Effects of Breastfeeding: a Systematic Review on the Benefits of Breastfeeding on Diarrhoea and Pneumonia Mortality*. Geneva: World Health Organisation.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Censos 2011. A maior fonte de informação sobre a população, a família e a habitação*. Lisboa: INE. Disponível em: <http://censos.ine.pt>.
- Ingram, J. (2006). Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *Int Breastfeed J*, 1(1), 9. doi:10.1186/1746-4358-1-9
- Jeong, G., Park, S., Lee, Y., Ko, S., & Shin, S. (2017). Maternal food restrictions during breastfeeding. *Korean Journal of Pediatrics*, 60 (3), 70–76. Retrieved from: <http://doi.org/10.3345/kjp.2017.60.3.70>.
- Jesus, P., Oliveira, M. & Moraes, J. (2017). Training of health professionals in breastfeeding



- and its association with knowledge, skills and practices. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 22 (1), 311-320. DOI: 10.1590/1413-81232017221.17292015
- Kelishadi, R., & Farajian, S. (2014). The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Adv. Biomed Res.*, 3, 3. DOI :10.4103/2277-9175.124629
- Kislaya, I., Braz, P., Dias, C., & Loureiro, I. (2017). A evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas: Dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1995/96-1998/99-2005/06-2014). Disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/a-evolucao-do-aleitamento-materno-em-portugal-nas-ultimas-duas-decadas-dados-dos-inqueritos-nacionais-de-saude/>.
- Kramer, M. & Kakuma, R. (2012). *Optimal duration of exclusive breastfeeding* (Review). Disponível na Cochrane Database of Systematic Reviews. (UMI N.º CD003517).
- Krejcie, R. & Morgan, D. (1970). [Determining Sample Size for Research Activities. \*Educational and Psychological Measurement\*, 30, 607-610.](#)
- Lana, A., & Lamounier, J. (2009). *Saúde da família. Centro de Saúde Amigo da Criança*. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica.
- Leone, C. & Sadeck, L. (2012). Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria*, 1 (1), 21-26. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822012000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822012000100004&script=sci_abstract&tlng=pt).
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: UNICEF.
- Maroja, M., Silva, A. & Carvalho, A. (2014). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Uma análise a partir das conceções de profissionais quanto às suas práticas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 3-9 Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/285420764\\_Iniciativa\\_Hospital\\_Amigo\\_da\\_Crianca\\_uma\\_analise\\_a\\_partir\\_das\\_concepcoes\\_de\\_profissionais\\_quanto\\_as\\_suas\\_praticas/download](https://www.researchgate.net/publication/285420764_Iniciativa_Hospital_Amigo_da_Crianca_uma_analise_a_partir_das_concepcoes_de_profissionais_quanto_as_suas_praticas/download).
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. & MacGillivray, S. (2017). *Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies*

- (Review). Disponível na Cochrane Database of Systematic Reviews (UMI N.º CD001141).
- Marçal, M., Lente, T., Gomes, N., Luz, A., Pereira, A., Silva ... Almeida, B. (2014). *Rede Social de Sines: Diagnóstico Social*. Conselho Local de Acção Social de Sines. Disponível em: [http://www.sines.pt/uploads/document/file/1630/Diagnostico\\_Social\\_2014.pdf](http://www.sines.pt/uploads/document/file/1630/Diagnostico_Social_2014.pdf).
- Ministério da Saúde (2007). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde*. Lisboa, ONSA.
- Mueller, E., & Blaser, M. (2018). Breast milk, formula, the microbiome and overweight. *Nature Reviews Endocrinology*, 14 (9), 510-511. DOI: 10.1038/s41574-018-0066-5
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: OE.
- Peters, S., Yang, L., Guo, Y., Chen, Y., Bian, Z., Du, J., Yang, J. ... Chen, Z. (2017). Breastfeeding and the Risk of Maternal Cardiovascular Disease: A Prospective Study of 300.000 Chinese Women. *Journal American Heart Association*, 6 (6), DOI: 10.1161/JAHA.117.006081
- Pinto, T. (2008). Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade: Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. *Arquivos de Medicina*, 2/3 (22), 57-68. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf>.
- Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação e Utilização* (5.ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pordata (2018). *Densidade populacional em 2017*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Radwan, H. (2013). Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*, 13 (1), 171. DOI: 10.1186/1471-2458-13-171
- Regulamento n.º 127/11 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna*,

- Obstétrica e Ginecológica*. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011). 8662-8666.
- Rito, R., Oliveira, M. & Brito, A. (2013). Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. *Jornal de Padiatria*, 89 (5), 477-484. Retrieved from: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n5/en\\_v89n5a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n5/en_v89n5a10.pdf)
- Rocci, E. & Fernandes, R. (2014) Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (1), 22-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672014000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000100022)
- Rodríguez, J. (2014). The origin of human milk bacteria: is there a bacterial entero-mammary pathway during late pregnancy and lactation? *Adv Nutr*, 5 (6), 779-784. DOI: 10.3945/an.114.007229.
- Roldão, C. (2003). *Gestão de Currículo e Avaliação de Competência*. Lisboa: Editorial Presença
- Rollins, N., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C., Martines, J., Piwoz, E...Victora, C. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387 (10017), 491-504. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
- Sandes, A., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S. & Silva, L. (2007). Breastfeeding: Prevalence and determinant factors. *Acta Médica Portuguesa*, 20 (3), 193-200.
- Sankar M., Sinha B., Chowdhury R., Bhandari N., Taneja S. & Martines J. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 3-13. Retrieved from: [https://www.researchgate.net/publication/280830993\\_Optimal\\_Breastfeeding\\_Practices\\_and\\_Infant\\_and\\_Child\\_Mortality- A\\_Systematic\\_Review\\_and\\_Meta-analysis](https://www.researchgate.net/publication/280830993_Optimal_Breastfeeding_Practices_and_Infant_and_Child_Mortality- A_Systematic_Review_and_Meta-analysis).
- Sarafana, S. Abecasis, F., Tavares A., Soares, I. & Gomes, A. (2006). Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 (37), 9-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/23.pdf>.
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno – Promoção e Manutenção*. Lousã: Lidel.



- Silva, D., Soares, P. & Macedo, M. (2017). Aleitamento Materno: Causas e Consequências do Desmame Precoce. *Revista Unimontes Científica*. 19 (2), 146-157. Disponível em: <http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/489/454>.
- Stevens, E., Patrick, T. & Pickler, R. (2009). A History of Infant Feeding. *The Journal of Perinatal Education*, 18 (2), 32-39. DOI: 10.1624/105812409X426314.
- Tampah-Naah, A. & Kumi-Kyereme, A. (2013). Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in Ghana: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 8 (1), 13. DOI:10.1186/1746-4358-8-13
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde – Cadernos de Formação* 2. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ULSLA (2018). *Relatório e Contas 2017*. Disponível em: <http://www.ulsla.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/8/2018/09/Relatorio-e-Contas-Anual-2017.pdf>.
- UNICEF (2017). *Iniciativa Amiga dos Bebés*. Disponível em: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>.
- UNICEF, WHO (2018). *Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn*. New York: UNICEF
- Uzma, E. (2017). A Review Article: Myths, Beliefs and Malpractices Relating to Breastfeeding and Complementary Feeding Practices. *International Journal of Pharmaceutical Science Invention*. 6 (1), 14-16. Retrieved from: [http://www.ijpsi.org/Papers/Vol6\(1\)/C06011416.pdf](http://www.ijpsi.org/Papers/Vol6(1)/C06011416.pdf).
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G, Horton, S., Krasevec, J., Murch, S, ... Rollins N. (2016). Breastfeeding in the 21<sup>st</sup> century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387 (10017), 475-490. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Vargas, G., Alves, V., Rodrigues, D., Branco, M., Souza, R. & Gerra, J. (2016) Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(2) 1-9. DOI: 10.18471/rbe.v30i2.14848.
- WHO (2002). Nutrition: World declaration and plan of action for nutrition. *International conference on nutrition*. Retrieved from:



<http://www.who.int/nut/publications.htm#pol>.

WHO (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO.

WHO (2009). *Infant and young child feeding data by country*. Retrieved from: <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/index.html>>.

WHO (2017). Exclusive breastfeeding. *Nutrition: Nutrition health topics*. Retrieved from [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/).

WHO (2018). Breastfeeding: Foundation of Life. *World Breastfeeding Week 2018*. Retrieved from:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=rdmore&cid=9957&item=breast-feeding-complementary-feeding&cat=scientific\\_technical&type=2018-9957&Itemid=40880&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=9957&item=breast-feeding-complementary-feeding&cat=scientific_technical&type=2018-9957&Itemid=40880&lang=en).

## **APÊNDICE A: NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS NO CSSINES**



**APÊNDICE B: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO  
PROJETO/PARECER - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**



7. Ana C.A.  
Amaro Pinto  
Enfermeiro Diretor  
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.



11 29 293 117 18A  
Doc. 1.5  
08/11/17

TC  
Declaração (5)  
24.10.2017  
(parecer no verso)  
Ana Correia  
Coordenadora de Enfermagem  
UCSP de Sines

Exmo(a)s. Sr(a)s.  
Presidente do concelho de Administração da ULSLA  
Enfermeiro Diretor da ULSLA  
Enfermeira Chefe da UCSP Sines  
Enfermeira Chefe da UCC Sines

Helena Sofia Banza Padilha Brito, licenciada em Enfermagem, a exercer na UCSP de Sines desde 2 de Fevereiro de 2016 é funcionaria com o nº mecanográfico 60827 na instituição dirigida por Vª Exªs. Na qualidade de profissional de saúde e simultaneamente de estudante no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora, encontra-se a preparar um projeto de intervenção. Tal projeto, dado que o mestrado é profissionalizante, deve servir os interesses de aquisição do grau de mestre e concomitantemente responder a necessidades do serviço onde exerce. Assim, identificou uma área de atuação que sugere concorrer para ambos os interesses e que coloca à consideração de Vªs Exªs, argumentando sucintamente em seguida.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm um papel fundamental na saúde da comunidade, das famílias, dos indivíduos. As famílias em expansão, nomeadamente a partir do nascimento dos filhos, são sensíveis a educação para a saúde. Na alimentação das crianças, o aleitamento materno vem (re)tomando o seu papel ancestral, mas precisa ser apoiado, em particular pelos serviços e profissionais de saúde. Estes podem cooperar para o tornar numa prática universal. Nessa ordem de ideias, considerei oportuno que o trabalho académico que devo realizar, orientado por docente da Universidade de Évora, se pudesse concretizar na preparação da candidatura da UCSP de Sines a Unidade Amiga dos Bebés. De facto, seria um trabalho pioneiro ao Sul do Tejo, já que na região não existe nenhum Centro de Saúde com o título. O objetivo fundamental será criar as condições, para implementar as medidas recomendadas pela Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés/UNICEF, de modo a iniciar o processo de acreditação.

Solicito assim o vosso parecer para o atual projeto, no sentido de poder registar a proposta na instituição académica.

Pede deferimento.

Sines, 17 de outubro de 2017

Orientadora Pedagógica

A Mestranda

Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070)

Helena Brito (Lic; OE54169)

Conselho de Administração da Unidade Local  
de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

8/11/2017

Miguel Rodrigues

Luis Mattias  
Presidente

Alda Maria Pinto  
Diretora Clínica Hospitalar

Horácio Monteiro  
Diretor Clínico CSP

Amaro Pinto  
Enfermeiro Chefe

**APÊNDICE C: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
FUNCIONÁRIOS**

### Consentimento Livre e Esclarecido

Exmo (a) Sr.(a)

Sou Helena Sofia Banza Padilha Brito, apresento-me como enfermeira no Centro de Saúde de Sines e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora.

No âmbito deste curso estou a desenvolver um trabalho que tem como objetivo:

- Descrever a opinião, atitudes e conhecimentos da equipa multidisciplinar da UCSP/UCC de Sines relativamente ao aleitamento materno.

Assim, através deste documento, convido-o(a) a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações valiosas, para melhorar o apoio do Centro de Saúde de Sines às mães, no que diz respeito ao aleitamento materno.

Não haverá quaisquer riscos na sua participação, ao responder a este questionário. Todas as informações obtidas serão tratadas de forma a guardar sigilo, confidencialidade, protegendo a identidade das pessoas inquiridas. A resposta aos questionários não tem compensação financeira, sendo a sua participação de carácter voluntário. Caso não tenha interesse em participar, isso não acarreta nenhum prejuízo. Está livre de desistir a qualquer momento, sem que isso o(a) prejudique. Garanto a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que o(a) possa identificar. Quando o estudo terminar, os resultados serão enviados para o Centro de Saúde e estão disponíveis para apresentação.

O trabalho é orientado pela Prof<sup>a</sup>. Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070) da Universidade de Évora. Caso concorde em participar, assine ou coloque uma rubrica abaixo, no seguimento da declaração

#### Declaração de Consentimento:

*Declaro que compreendi as intenções deste estudo. Permito o uso dos meus dados para a realização do estudo e disponho-me voluntariamente a participar. Assim assino este consentimento*

Sines....., de ..... de 2017

Mestranda

Participante

---

Helena Brito (Lic. OE 54169)

**APÊNDICE D: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS -  
FUNCIONÁRIOS**



1.Data de nascimento do funcionário

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.Data de hoje

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1a. Se tem filhos data de nascimento do último

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Parte I: Dados sociodemográficos**

<p>3. O seu Estado Civil:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Solteira.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Casada/união facto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Divorciada</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Viúva</p> <p>Idade? _____ anos</p>	<p>4.A sua Escolaridade</p> <p><input type="checkbox"/> 2.Não completou o 9º Ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Completou o 9ºAno</p> <p><input type="checkbox"/> 4.Completou o 12ºAno</p> <p><input type="checkbox"/> 5.Fez um curso técnico/Licenciado</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Mestrado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Doutoramento</p>	<p>5a. Situação profissional</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Enfermeiro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Medico(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Funcionário Administrativo</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Psicólogo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Assistente Social</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Técnico(a) de Saúde Publica</p> <p><input type="checkbox"/> 7.Ajudante Operacional</p>																		
<p>5b. Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Feminino</p> <p>6.Funcção que desempenha na instituição?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>5c. Tem filhos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não (se não tem filhos pa à Perg 31 e siga até ao final)</p> <p>26. Se tem filhos, o seu último filho foi colocado a mamar, aproximadamente quanto tempo depois <input type="checkbox"/> Não sabe ou não se recorda do parto?</p> <p>_____ minutos / _____ horas</p>	<p>25. Se tem filhos, que alimentação foi dada ao seu último filho no hospital, até à alta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Só Leite materno</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leite artificial (de lata ou biberão)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Leite materno e leite artificial</p>																		
<p>27. Quando o seu último filho nasceu, tinha intenção (ou a sua esposa) de o amamentar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Estava indecisa</p>	<p>28.Como foi alimentado o seu ultimo filho até aos 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Só Leite materno</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leite artificial</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Leite materno e leite artificial</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Leite materno, leite artificial e papas/sopas de bebé</p>																			
<p>31. Qual a sua formação específica em Aleitamento Materno?</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1.Não tem formação</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Sensibilização para o Aleitamento Materno (1hora)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Introdução ao Aconselhamento em Aleitamento Materno (4 horas)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Aleitamento Materno – Formação para decisores (8 horas)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Aconselhamento em Aleitamento Materno (20 a 24h de formação)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Aconselhamento Avançado (40 a 48h de formação)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Formação de Formadores em Aconselhamento em Aleitamento Materno (60 horas)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Consultor(a) International Board Certified Lactation IBCLC</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Outra formação, qual? _____</td></tr> </table>			<input type="checkbox"/>	1.Não tem formação	<input type="checkbox"/>	2. Sensibilização para o Aleitamento Materno (1hora)	<input type="checkbox"/>	3. Introdução ao Aconselhamento em Aleitamento Materno (4 horas)	<input type="checkbox"/>	4. Aleitamento Materno – Formação para decisores (8 horas)	<input type="checkbox"/>	5. Aconselhamento em Aleitamento Materno (20 a 24h de formação)	<input type="checkbox"/>	6. Aconselhamento Avançado (40 a 48h de formação)	<input type="checkbox"/>	7. Formação de Formadores em Aconselhamento em Aleitamento Materno (60 horas)	<input type="checkbox"/>	8. Consultor(a) International Board Certified Lactation IBCLC	<input type="checkbox"/>	9. Outra formação, qual? _____
<input type="checkbox"/>	1.Não tem formação																			
<input type="checkbox"/>	2. Sensibilização para o Aleitamento Materno (1hora)																			
<input type="checkbox"/>	3. Introdução ao Aconselhamento em Aleitamento Materno (4 horas)																			
<input type="checkbox"/>	4. Aleitamento Materno – Formação para decisores (8 horas)																			
<input type="checkbox"/>	5. Aconselhamento em Aleitamento Materno (20 a 24h de formação)																			
<input type="checkbox"/>	6. Aconselhamento Avançado (40 a 48h de formação)																			
<input type="checkbox"/>	7. Formação de Formadores em Aconselhamento em Aleitamento Materno (60 horas)																			
<input type="checkbox"/>	8. Consultor(a) International Board Certified Lactation IBCLC																			
<input type="checkbox"/>	9. Outra formação, qual? _____																			

**Parte II:** Em cada afirmação, indique com um X, o seu grau de concordância (Ingram, 2006).

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1.Os profissionais de saúde devem estimular as mães para tentarem amamentar	1	2	3	4	5
2.O biberão de leite artificial é uma boa maneira de deixar o pai cuidar do bebé	1	2	3	4	5
3.O leite materno é a forma ideal de alimentar os bebés	1	2	3	4	5
4.A mãe que bebe álcool ocasionalmente não deve amamentar o seu bebé	1	2	3	4	5
5.As mães que têm intenção de amamentar devem contar que os mamilos doídos fazem parte de uma fase normal do aleitamento	1	2	3	4	5
6.Os profissionais de saúde devem ter pouca influência na decisão das mulheres em continuar a amamentar	1	2	3	4	5
7.Um bebé que é amamentado terá menos infeções que um bebé alimentado a biberão de leite artificial	1	2	3	4	5
8.Os bebés que tomam leite artificial estão mais sujeitos a ficar superalimentados	1	2	3	4	5
9.A amamentação é benéfica para a saúde da mãe	1	2	3	4	5
10.A alimentação só com o leite materno satisfaz a maioria dos bebés durante aproximadamente os primeiros 6 meses	1	2	3	4	5
11.O leite artificial é mais fácil de digerir que o leite materno	1	2	3	4	5
12.O leite materno tem benefícios para a saúde da criança que o leite artificial não dá	1	2	3	4	5
13.O pai sente-se “posto de lado” se a mãe amamenta	1	2	3	4	5

Em cada afirmação, indique com um X, o seu grau de concordância (Ingram, 2006).	Discordo Totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1.A mãe que alimenta o bebé exclusiva/ com o seu leite, tem menos possibilidade de engravidar nos 3 meses pós-parto, que a mãe que alimenta c/ leite artificial	1	2	3	4	5
2. O suplemento de leite artificial é prejudicial para o estabelecimento de uma boa produção de leite materno pela mãe	1	2	3	4	5
3.É aconselhável que os bebés recebam um biberão de leite artificial antes da primeira amamentação com leite materno	1	2	3	4	5
4.A amamentação frequente do recém-nascido pode ajudar a diminuir a icterícia	1	2	3	4	5
5.O padrão de crescimento das crianças alimentadas com leite materno é diferente do das crianças alimentadas com leite artificial	1	2	3	4	5
6.Se a criança alimentada com leite materno não recuperou o peso do nascimento às 2 semanas de idade, deve encorajar a mãe a começar com suplemento com leite artificial	1	2	3	4	5
7.A mãe que sente pouco leite deve completar a mamada com 1 biberão leite artificial	1	2	3	4	5

**Assinale com X as respostas que se aplicam a cada pergunta:**

<input type="checkbox"/>	1. Continuar a dar de mamar dos dois lados
<input type="checkbox"/>	2. Parar de dar de mamar na mama que está afetada
<input type="checkbox"/>	3. Parar de dar de mamar nas duas mamas
<input type="checkbox"/>	4. Tomar antibióticos
<input type="checkbox"/>	5. Não tem a certeza ou não sabe

8. Se a mãe fica com uma mastite, o que se deve aconselhar em relação à amamentação?

<input type="checkbox"/>	1. Aumentar o número de vezes que dá de mamar
<input type="checkbox"/>	2. Completar a mamada com um suplemento de leite artificial
<input type="checkbox"/>	3. Procurar profissionais de saúde que corrijam a posição e pega que a criança faz na mama da mãe
<input type="checkbox"/>	4. Aconselhar a mãe a beber mais líquidos
<input type="checkbox"/>	5. Não tem a certeza ou não sabe

9. Se a mãe se queixa que o leite que tem é pouco, qual das opções ajudam a resolver o problema?

<input type="checkbox"/>	1. O bebé mama muitas vezes e está irrequieto
<input type="checkbox"/>	2. A mãe tem os mamilos doídos e fissurados
<input type="checkbox"/>	3. A mãe diz que tem ingurgitamentos repetidos, as mamas ficam com muitos “durões”
<input type="checkbox"/>	4. A mãe tem mastite
<input type="checkbox"/>	5. Não tem a certeza ou não sabe

10. Quais dos sintomas seguintes podem indicar que a criança não está a fazer uma boa pega ao mamar?

<input type="checkbox"/>	1. Parar de dar de mamar no lado afetado
<input type="checkbox"/>	2. Observar se há sinais de candidíase no mamilo
<input type="checkbox"/>	3. Aconselhar a mãe a untar o mamilo com o seu próprio leite
<input type="checkbox"/>	4. Procurar profissionais de saúde que corrijam a posição e pega que a criança faz na mama da mãe
<input type="checkbox"/>	5. Aconselhar a mãe a aplicar lanolina nos mamilos
<input type="checkbox"/>	6. Não tem a certeza ou não sabe

11. Se a mãe se queixa de mamilos doídos, qual/quais das seguintes opções ajudam a resolver a situação?

<input type="checkbox"/>	1. Os mamilos estão cor-de-rosa, sensíveis e amolecidos
<input type="checkbox"/>	2. Os mamilos estão rachados, fissurados
<input type="checkbox"/>	3. Picadas, dor como queimadura na mama
<input type="checkbox"/>	4. Mama está encaroçada e vermelha
<input type="checkbox"/>	5. Há manchas brancas no mamilo ou na mama
<input type="checkbox"/>	6. Não tem a certeza ou não sabe

12. Os sintomas de candidíase nos mamilos são:

**APÊNDICE E: PEDIDO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS À AUTORA**



Varrer Mover para ▾ Categorias ▾ ...

Anular

----- Forwarded message -----

From: Margarida Sim-Sim <[msimsim@uevora.pt](mailto:msimsim@uevora.pt)>  
Date: quinta, 21/12/2017 à(s) 01:22  
Subject: Program  
To: <[jenny.ingram@bristol.ac.uk](mailto:jenny.ingram@bristol.ac.uk)>

Dear Prof Jenny Ingram

I'm introducing myself as Nursing Professor at the university of Evora, Portugal <http://www.esesjd.uevora.pt/>. Here we have graduation in nursing education and masters in Nursing and Midwifery. I'm preparing some classes about breastfeeding, and I'm also following some master students, Some of my students chose Breastfeeding subject. Here in Portugal we are doing efforts to get better in exclusive breastfeeding data, but we need to work more

So, I did some search in data base and I found your study

Ingram, J. (2006). Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *International Breastfeeding Journal*, 1, 9-9. doi:10.1186/1746-4358-1-9

My students and me, we read your article, and some of them showed interest in developing a project similar to yours. So with this e-mail, I would like to ask you if it is possible that you give permission to apply your instrument (of course considering you as author)

If we have your permission, I would like to buy your CD, as I saw in your article.

If you agree, I can send the payment by paypal or other way you think better.

If this way is not possible to you, I can ask my daughter once she lives in London and she can help me to find a way to pay the CD.

I think that your model can be a good opportunity for us.

If you have some recommendation to me, something you think useful or necessary, please do it

Thank you very much for your attention

Varrer Mover para ▾ Categorias ▾ ...

Thank you very much for your attention

#### **Competing interests**

The CD is available from Dr Jenny Ingram [jenny.ingram@bristol.ac.uk](mailto:jenny.ingram@bristol.ac.uk) (price £8).

#### **Educational intervention**

The intervention comprised a CD-ROM with accompanying information sheets on drugs for lactating women (taken from [15,16] produced by M Martindale, personal communication) and the treatment of nipple/breast thrush (candidiasis) (modified from [17]).

The CD-ROM [18] contains sections on:

- 'Why breastfeed' including the research based benefits with comprehensive references;
- 'How to breastfeed' which emphasises the importance of good positioning and attachment;
- 'Recognising and solving the problems'- both maternal and baby-related problems;
- 'Family support for breastfeeding'- the important role of the father and grandmothers;
- 'Antenatal preparation'- a section for midwives and health visitors.

**APÊNDICE F: PEDIDO PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS AO  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO/COMISSÃO DE ÉTICA - ULSLA**

Ex.º Sr. Presidente do Conselho de Administração,  
Da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

**Assunto:** Pedido de aplicação de questionários a utentes e funcionários da UCSP e UCC de Sines

Helena Sofia Banza Padilha Brito, com o cartão de cidadão 12058902, Enfermeira no Centro de Saúde de Sines, mestranda da Universidade de Évora, a realizar um trabalho académico com o Título "Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno: Processo de Candidatura da UCSP/UCC-Sines", vem por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para, no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia:

- Aplicar um instrumento de recolha de dados às utentes em idade reprodutiva, grávidas, puérperas e mães frequentadoras da UCSP e UCC de Sines
- Aplicar um instrumento de recolha de dados, aos funcionários da UCSP e UCC de Sines

Tal tem como intenção realizar uma investigação em Enfermagem, que constitui uma das vertentes do Relatório de Mestrado, conforme o Plano de Estudos da Universidade.

A temática fundamental dos questionários reporta-se à opinião, atitude e conhecimentos sobre o Aleitamento Materno. O período de tempo previsto para a aplicação de questionários é de Janeiro a Abril de 2018.

Em caso de parecer positivo de V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>, será solicitado aos vários participantes o seu consentimento, conforme instrumentos que se anexam. Garante-se a confidencialidade dos dados, não se referindo em momento algum o nome ou qualquer aspeto que possa identificar o(a) participante.

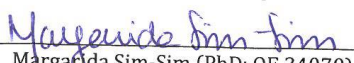
No evoluir do estudo, os dados estão disponíveis para ser apresentados na equipa multidisciplinar, na forma de comunicação sustentada por power-point.

O Relatório de Mestrado está sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Margarida Sim-Sim.


Pede deferimento

Sines, 08 de Novembro de 2017

Orientadora Pedagógica

  
Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070)

A Mestranda

  
Helena Brito (Lic; OE 54169)

**APÊNDICE G: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE -  
ULSLA**



UNIDADE DE SAÚDE AMIGA DO ALEITAMENTO MATERNO



**ULSLA**  
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano  
**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**  
**CES**

Doc. 1.2  
30/04/18

I/11990/18/CETICA ②


Parecer da Comissão de Ética Para a Saúde (CES) na reunião de 23/4/2018, ao Projeto de investigação de:


Helena Sofia Banza Padilha Brito "Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno": processo de candidatura da UCSP de Sines a Unidade Amiga dos Bebés, a desenvolver no âmbito de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sob a orientação de Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim: Entradas números I29293/17/CA e I/11990/18/CETICA.


A CES, por unanimidade de votos dos membros presentes, deu parecer favorável ao projeto de investigação, fazendo notar que o mesmo já foi autorizado pelo Conselho de Administração da ULSLA por deliberação de 08/11/2017.


O CA CONCORDA COM O PARECER DO CES.  
Obrigado e REVERENTE


Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

  
António Eça Pinheiro  
Vice

  
Luís Matias  
Presidente

  
Alda Maria Pinto  
Diretora Clínica Hospitalar

  
António Pinto  
Enfermeiro Chefe

  
Horácio Peiteiro  
Diretor Clínico CSP

A Presidente da CES da ULSLA

(Maria Manuela Serra Banza)

**APÊNDICE H: RESULTADO DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS  
FUNCIONÁRIOS**

### Resultados do questionário aplicado aos funcionários do Centro de Saúde de Sines

Aplicou-se um questionário aos funcionários do Centro de Saúde de Sines, que se manifestaram disponíveis, apresentando-se previamente o consentimento informado. O questionário continha na 1ª secção questões sociodemográficas e sociofamiliares, na 2ª secção inquiria-se sobre s credenciais de formação. Na 3ª secção, através de instrumentos de autor (Ingram, 2006) averiguava-se junto dos participantes sobre atitudes e conhecimentos relativamente ao Aleitamento Materno (AM).



Participaram 31 funcionários, no caso 3 do sexo masculino e 28 do sexo feminino. Tinham idade entre os 28 e os 62 anos.

A media de idade era de 43,58 (DP=9,39).

Na tabela 1 encontram-se representadas também as idades de acordo com o sexo

**Tabela 13 Estatísticas descritivas de acordo com a idade**

	N	Mínimo	Máximo	Media	DP
Idade Homens	3	28	36	32,66	4,16
Idade Mulheres	28	28	62	44,75	9,05
Idade	31	28,00	62,00	43,5806	9,39

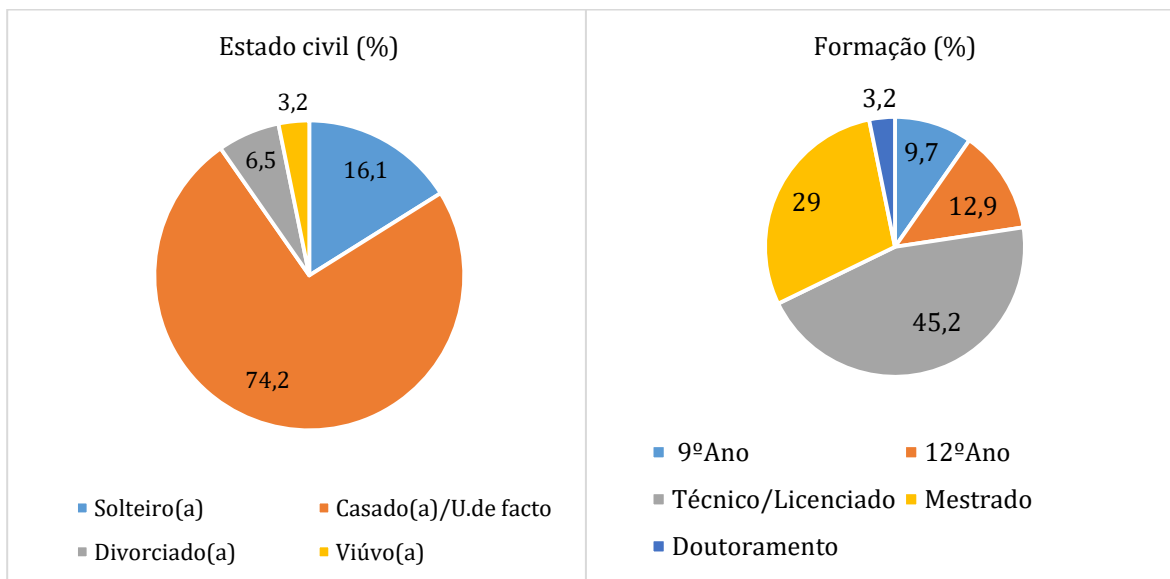
Relativamente aos dados sociodemográficos a grande maioria (n=23; 74.2%) são casados ou vivem em união de facto (tabela 2). Quanto à escolaridade a maioria tem formação superior, com 14 (45.2%) de licenciados ou formação técnica, nove mestres (29%) e 1 doutor (3.2%), conforme tabela 3.

**Tabela 14 Estado Civil dos Participantes**

	n	%
Solteiro(a)	5	16,1
Casado(a)/U.de facto	23	74,2
Divorciado(a)	2	6,5
Viúvo(a)	1	3,2
Total	31	100,0

**Tabela 15 Escolaridade**

	n	%
Completo o 9º Ano	3	9,7
Completo o 12º Ano	4	12,9
Curso técnico/Licenciado	14	45,2
Mestrado	9	29,0
Doutoramento	1	3,2
Total	31	100,0



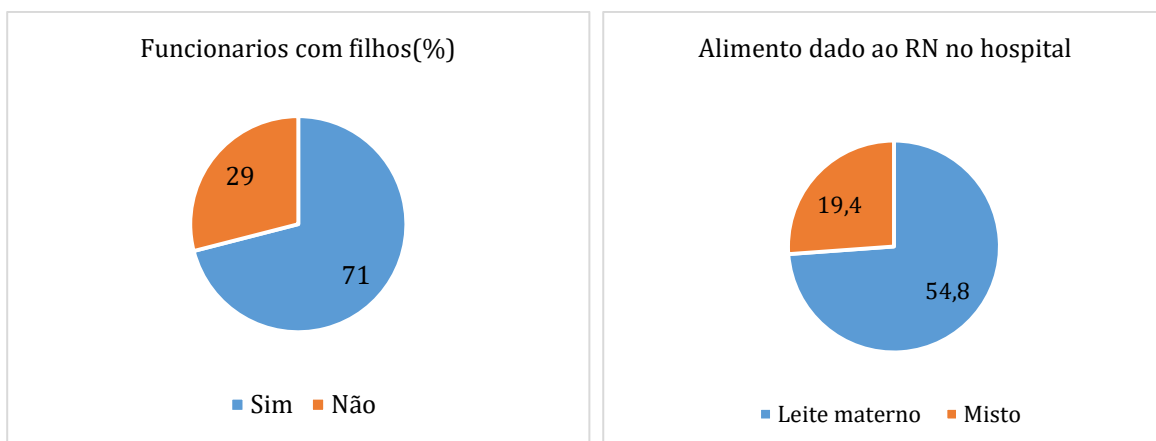
A maior parte dos funcionários (n=22; 71%) tem filhos (tabela 4). A maioria (n=17; 54.8%) afirma que o ultimo filho, durante a estadia no hospital por nascimento, foi alimentado só com leite materno (tabela 5).

**Tabela 16 Funcionários com filhos**

	n	%
Sim	22	71,0
Não	9	29,0
Total	31	100,0

**Tabela 17 Aleitamento Materno pelos Funcionários**

	n	%
Leite materno	17	54,8
Misto	6	19,4
Total	23	74,2
Missing	8	25,8
total	31	100,0



De acordo com a memória que têm, todos funcionários com filhos, antes do nascimento destes, tinham intenção de amamentar. Nos 11 funcionários que responderam à questão sobre o tempo decorrido entre o



nascimento e o 1º episódio de amamentação, à data do parto no hospital, foi de 1 minuto no mínimo e de 60 minutos no máximo, com media de 34.18 (DP=20.18) e moda 30 minutos (tabela 6).

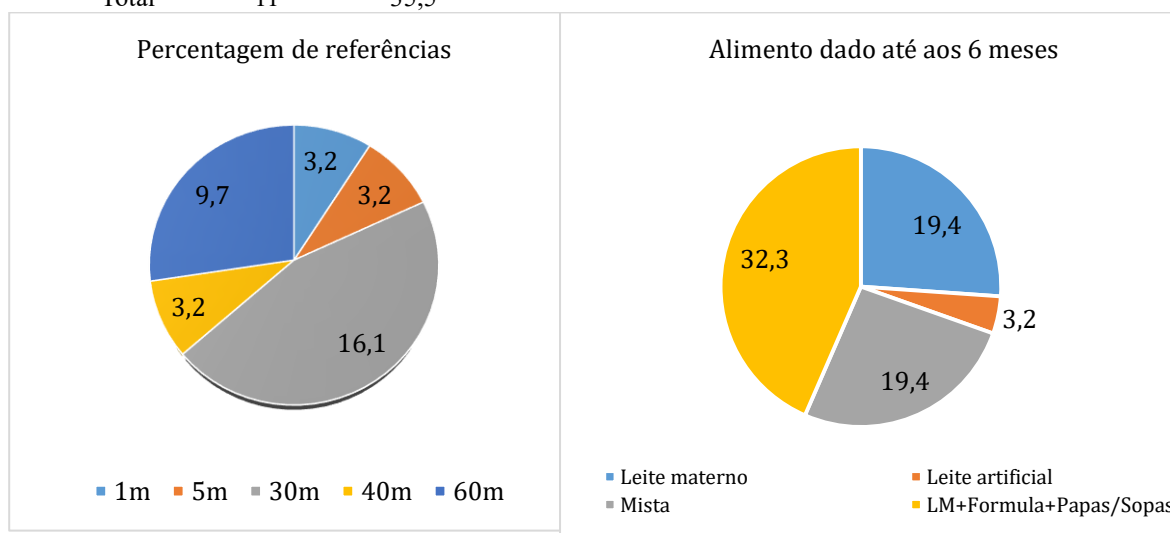
A alimentação constituída por leite materno, leite artificial e papas/sopas de bebé, foi a mais representada (n=10; 32.3%), quando os funcionários recordam a alimentação do seu ultimo filho, até aos 6 meses (tabela 7)

**Tabela 18 Tempo decorrido entre o nascimento e 1º episódio de amamentação**

	n	%
1,00	1	3,2
5,00	1	3,2
30,00	5	16,1
40,00	1	3,2
60,00	3	9,7
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>35,5</b>

**Tabela 19 Tipo de alimentação dos filhos dos funcionários ao 6º mês de vida**

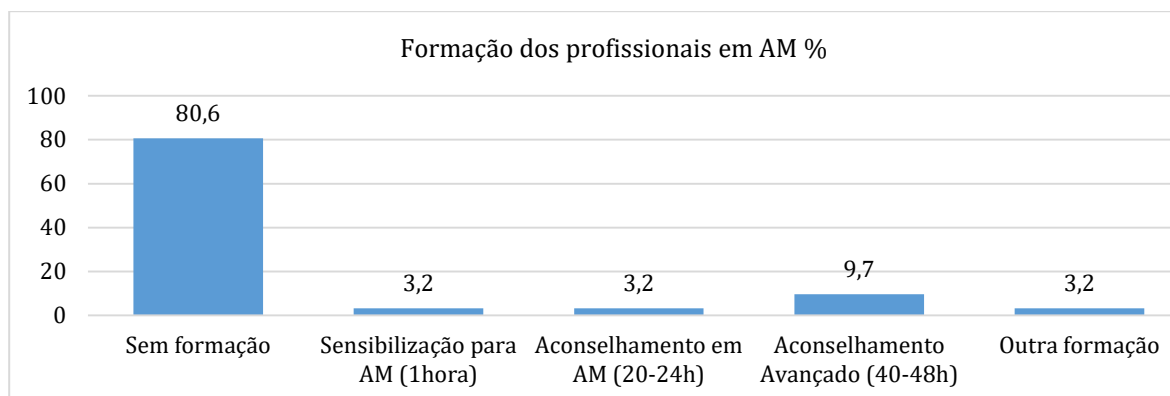
	n	%
Leite materno	6	19,4
Leite artificial	1	3,2
Mista	6	19,4
LM+Formula+Papas/Sopas	10	32,3
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>74,2</b>



De acordo com o relato dos funcionários, a grande maioria não tem formação em aleitamento materno (n=25; 80.6%)

**Tabela 20 Tipo de formação dos funcionários em Aleitamento Materno**

	n	%
Não tem formação	25	80,6
Sensibilização para o Aleitamento Materno (1hora)	1	3,2
Aconselhamento em Aleitamento Materno (20 a 24h de formação)	1	3,2
Aconselhamento Avançado (40 a 48h de formação)	3	9,7
Outra formação	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>



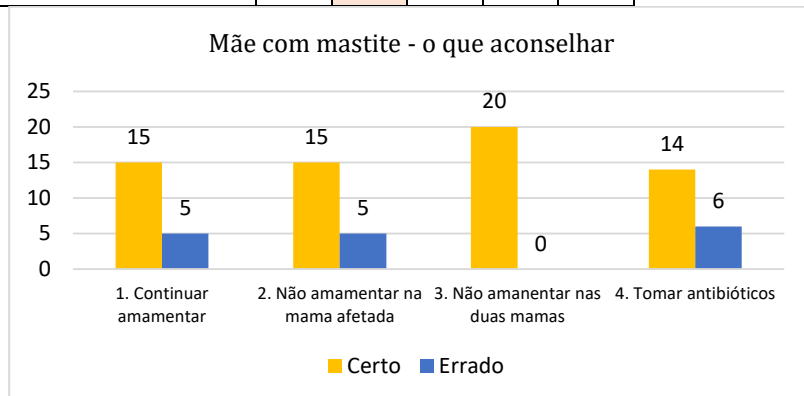
Aplicada a escala de atitudes face ao AM de Ingram, observa-se que as respostas da maioria dos profissionais, aqui em representação percentual, manifestam sobretudo um entendimento positivo (Ingram, 2006). No gráfico seguinte sintetizam-se os itens

	Discordo Totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1.Os profissionais de saúde devem estimular as mães para tentarem amamentar	0	0	0	25.8	74.2
2.O biberão de leite artificial é uma boa maneira de deixar o pai cuidar do bebé	45.2	29	12.9	12.9	0
3.O leite materno é a forma ideal de alimentar os bebés	3.2	0	0	12.9	83.9
4.A mãe que bebe álcool ocasionalmente não deve amamentar o seu bebé	12.9	38.7	12.9	29	6.5
5.As mães que têm intenção de amamentar devem contar que os mamilos doídos fazem parte de uma fase normal do aleitamento	0	29	9.7	41.9	19.4
6.Os profissionais de saúde devem ter pouca influência na decisão das mulheres em continuar a amamentar	35.5	38.7	19.4	6.5	0
7.Um bebé que é amamentado terá menos infeções que um bebé alimentado a biberão de leite artificial	6.5	3.2	6.5	45.2	38.7
8.Os bebés que tomam leite artificial estão mais sujeitos a ficar superalimentados	6.5	6.5	12.9	45.2	29
9.A amamentação é benéfica para a saúde da mãe	0	3.2	6.5	35.5	54.8
10.A alimentação só com o leite materno satisfaz a maioria dos bebés durante aproximadamente os primeiros 6 meses	3.2	3.2	16.1	16.1	61.3
11.O leite artificial é mais fácil de digerir que o leite materno	41.9	25.8	19.4	9.7	3.2
12.O leite materno tem benefícios para a saúde da criança que o leite artificial não dá	0	3.2	0	25.8	71
13.O pai sente-se “posto de lado” se a mãe amamenta	54.8	38.7	6.5	0	0

Em cada afirmação, indique com um X, o seu grau de concordância (Ingram, 2006).	Discordo Totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1. A mãe que alimenta o bebé exclusiva/ com o seu leite, tem menos possibilidade de engravidar nos 3 meses pós-parto, que a mãe que alimenta c/ leite artificial	0	12,9	25,8	38,7	22,6
2. O suplemento de leite artificial é prejudicial para o estabelecimento de uma boa produção de leite materno pela mãe	0	19,4	12,9	38,7	29
3. É aconselhável que os bebés recebam um biberão de leite artificial antes da primeira amamentação com leite materno	61,3	29	6,5	3,2	0
4. A amamentação frequente do recém-nascido pode ajudar a diminuir a icterícia	0	3,2	32,3	41,9	22,6
5. O padrão de crescimento das crianças alimentadas com leite materno é diferente do das crianças alimentadas com leite artificial	6,5	6,5	19,4	45,2	22,6
6. Se a criança alimentada com leite materno não recuperou o peso do nascimento às 2 semanas de idade, deve encorajar a mãe a começar com suplemento com leite artificial	6,5	51,6	12,9	19,4	9,7
7. A mãe que sente pouco leite deve completar a mamada com 1 biberão leite artificial	12,9	41,9	25,8	12,9	6,5

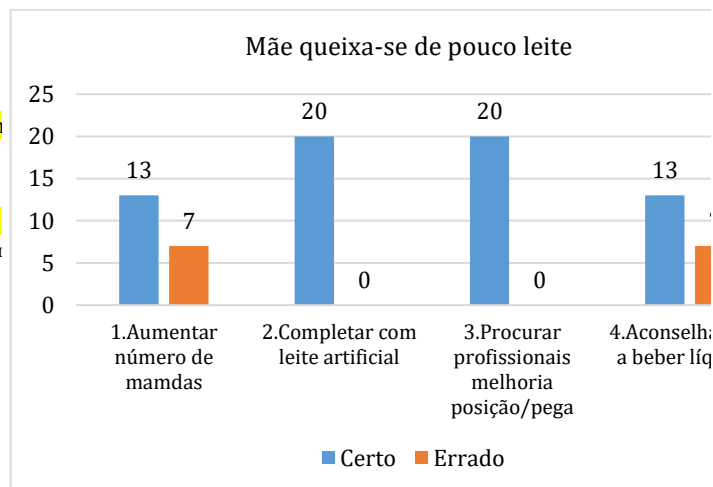
8. Se a mãe fica com uma mastite, o que se deve aconselhar em relação à amamentação?

1. Continuar a dar de mamar dos dois lados
2. Parar de dar de mamar na mama que está afetada
3. Parar de dar de mamar nas duas mamas
4. Tomar antibióticos



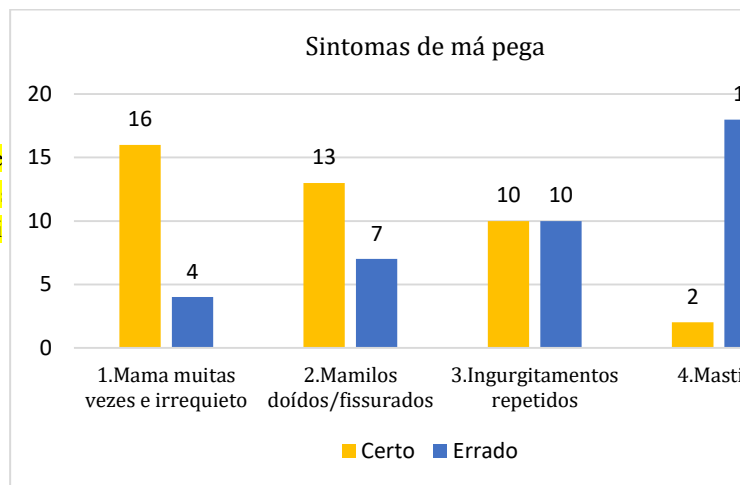
9. Se a mãe se queixa que o leite que tem é pouco, qual das opções ajudam a resolver o problema?

1. Aumentar o número de vezes que dá de mamar
2. Completar a mamada com um supl. de leite artificial
3. Procurar profissionais de saúde que corrijam posição e pega que a criança faz na mama da mãe
4. Aconselhar a mãe a beber mais líquidos



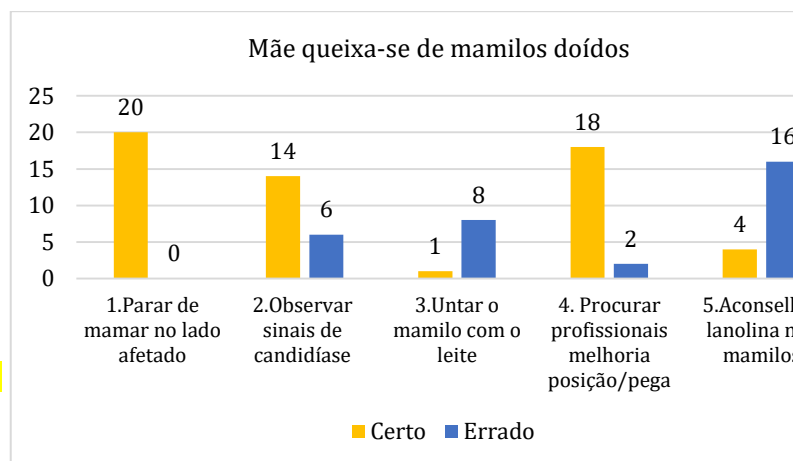
10. Quais dos sintomas seguintes podem indicar que a criança não está a fazer uma boa pega ao mamar?

1. O bebé mama muitas vezes e está irrequieto
2. A mãe tem os mamilos doídos e fissurado
3. A mãe diz que tem ingurgitamentos repetidos e as mamas ficam com muitos “durões”
4. A mãe tem mastite



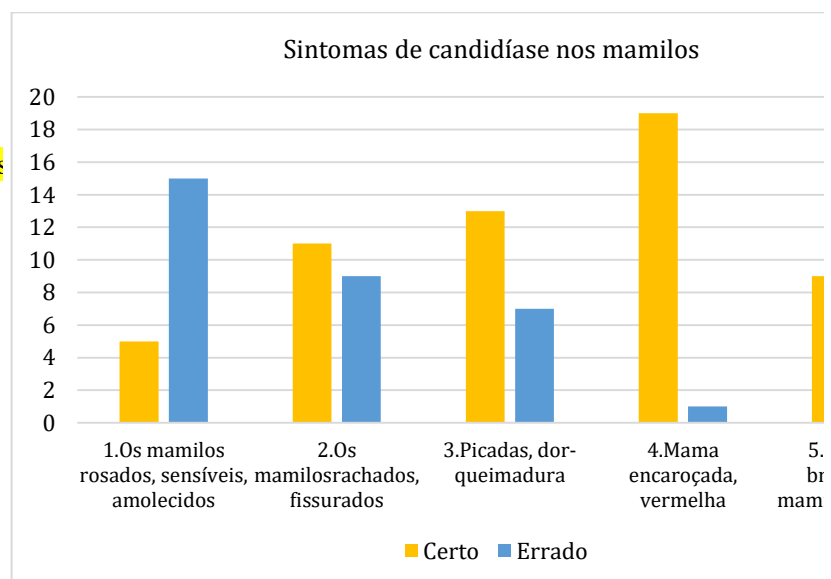
11. Se a mãe se queixa de mamilos doídos, qual/quais das seguintes opções ajudam a resolver a situação?

1. Parar de dar de mamar no lado afetado
2. Observar se há sinais de candidíase no mamilo
3. Aconselhar a mãe a untar o mamilo com o seu próprio leite
4. Procurar profissionais de saúde que corrijam a posição e pega que criança faz na mama da mãe
5. Aconselhar a mãe a aplicar lanolina nos mamilos



12. Os sintomas de candidíase nos mamilos são:

1. Os mamilos estão cor-de-rosa, sensíveis e amolecidos
2. Os mamilos estão rachados/fissurados
3. Picadas, dor como queimadura na mama
4. Mama está encaroçada e vermelha
5. Há manchas brancas no mamilo ou na mama





**APÊNDICE I: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - UTENTES**

### Consentimento Livre e Esclarecido

Estimada Senhora

Sou Helena Sofia Banza Padilha Brito, apresento-me como enfermeira no Centro de Saúde de Sines e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora. No âmbito deste curso estou a desenvolver um trabalho que tem como objetivo:

- Descrever a opinião, atitudes e conhecimentos das utentes do CSSines relativamente ao aleitamento materno.

Assim, através deste documento, convido-a a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações valiosas, para melhorar o apoio do Centro de Saúde de Sines às mães, no que diz respeito ao aleitamento materno.

Não haverá quaisquer riscos na sua participação, ao responder a este questionário. Todas as informações obtidas serão tratadas de forma a guardar sigilo, confidencialidade, protegendo a identidade das pessoas inquiridas. A resposta aos questionários não tem compensação financeira, sendo a sua participação de carácter voluntário. Caso não tenha interesse em participar, isso não acarreta nenhum prejuízo. Está livre de desistir a qualquer momento, sem que isso a prejudique. Garanto a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que a possa identificar. Quando o estudo terminar, os resultados serão enviados para o Centro de Saúde e estão disponíveis para apresentação.

O trabalho é orientado pela Prof<sup>a</sup>. Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070) da Universidade de Évora. Caso concorde em participar, assine ou coloque um X no quadradinho abaixo, no seguimento da declaração

#### Declaração de Consentimento:

*Declaro que compreendi as intenções deste estudo. Permito o uso dos meus dados para a realização do estudo e disponho-me voluntariamente a participar. Assim assino este consentimento*

Sines....., de ..... de 2017

Mestranda

Participante

---

Helena Brito (Lic. OE 54169)

Assinatura ou X

## **APÊNDICE J: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS - UTENTES**

1.Data de nascimento da senhora

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.Data de hoje

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1a. Se tem filhos data de nascimento do último

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Parte I: Dados sociodemográficos. Assinale com X as respostas que se aplicam a cada pergunta:**

<p>3. O seu Estado Civil:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Solteira.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Casada/união facto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Divorciada</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Viúva</p> <p>Qual a sua idade? _____ anos</p>	<p>4.A sua Escolaridade</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Não frequentou a escola</p> <p><input type="checkbox"/> 2.Não completou o 9º Ano</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Completou o 9ºAno</p> <p><input type="checkbox"/> 4.Completou o 12ºAno</p> <p><input type="checkbox"/> 5.Fez um curso técnico/Licenciado</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Mestrado</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Doutoramento</p>	<p>5. Situação profissional</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Estudante</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Empregada</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Trabalho ocasional</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Doméstica</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Desempregada</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Reformada</p>
<p>6.Qual a sua profissão?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>7. Está grávida agora?</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim</p> <p>8.Se sim, quanto tempo tem de gravidez? _____ semanas ou _____ meses</p>	

9. Quantos filhos tem e quais as suas idades (na idade diga se meses ou anos)

	1 filho com _____ meses ou anos
	2 filhos com _____ anos e _____ meses ou anos
	3 filhos com _____ anos e _____ anos e _____ meses ou anos
	4 filhos com _____ anos e _____ anos e _____ anos e _____ meses ou anos
	5 ou mais filhos com idades _____

**Parte II: Peça agora dados sobre a atual gravidez ou se não está grávida, sobre a última gravidez**

10. Durante esta ou na última gravidez fez consultas de vigilância pré-natal?  1.Não  2.Sim
11. Se sim, quantas consultas fez? \_\_\_\_\_ consultas
12. Durante esta ou última gravidez frequentou aulas de preparação para o parto?  1.Não  2.Sim
13. Se sim, em quantas aulas de preparação esteve presente? \_\_\_\_\_ aulas
14. Se sim, o tema do aleitamento materno foi falado?  1.Não  2.Sim

<p>15. Quando faz ou fazia as consultas de gravidez, quem era o(s) técnico(s) que a atendia na consulta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Medico</p> <p><input type="checkbox"/> 2.Enfermeira</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Enfermeira Especialista</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Médico, Enfermeira, Enfermeira-Especialista</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outro</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Gravidez não foi vigiada</p>	<p>16.Qual a sua altura _____ metros</p> <p>17. Qual o seu peso <u>agora</u>? _____ Kg</p> <p>18.Qual o seu peso <u>antes da atual/última gravidez</u> _____ Kg</p> <p>19.Qual o seu peso no <u>final da última gravidez</u> _____ Kg</p>
---	---



<p><b>Pense no seu último filho já nascido</b></p> <p>20. Quando se deu o parto a senhora estava com _____ meses de gravidez e/ou _____ semanas.</p> <p>21. Tipo de Parto:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normal (vaginal mais comum)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Parto na água</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Ventosa Ou Forceps</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Cesariana</p>		<p>22. Sexo do seu último filho(a) já nascido:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Feminino</p> <p>23. Comprimento do bebé ao nascer _____ cm</p> <p>24. Peso do bebé ao nascer _____ Kg</p>	
<p>25. Que alimentação foi dada ao seu último filho no hospital, até à saída com alta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Só Leite materno</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leite artificial (de lata ou biberão)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Leite materno e leite artificial</p>		<p>26. O seu último filho foi colocado a mamar, aproximadamente quanto tempo depois do parto?</p> <p>_____ minutos / _____ horas</p> <p><input type="checkbox"/> Não sabe ou não se recorda</p>	
<p>27. Quando o seu último filho nasceu, tinha intenção de o amamentar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Estava indecisa</p>		<p>28. Como foi alimentado o seu ultimo filho até aos 6 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Só Leite materno</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leite artificial</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Leite materno e leite artificial</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Leite materno, leite artificial e papas/sopas de bebé</p>	

**Se não está grávida, passe à Parte III. Se está grávida preencha até ao final da folha:**

<p>29. Quando o seu filho nascer tem intenção de amamentar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Está indecisa</p>	<p>30. Como pretende alimentar o seu filho até aos 6 meses</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1. Só Leite materno</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2. Leite artificial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3. Leite materno e leite artificial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4. Leite materno, leite artificial e papas/sopas de bebé</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Só Leite materno	<input type="checkbox"/>	2. Leite artificial	<input type="checkbox"/>	3. Leite materno e leite artificial	<input type="checkbox"/>	4. Leite materno, leite artificial e papas/sopas de bebé
<input type="checkbox"/>	1. Só Leite materno								
<input type="checkbox"/>	2. Leite artificial								
<input type="checkbox"/>	3. Leite materno e leite artificial								
<input type="checkbox"/>	4. Leite materno, leite artificial e papas/sopas de bebé								

**Parte III:** Em cada afirmação, indique com um X, o seu grau de concordância (Ingram, 2006).

	Discordo Total-	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo Total-
1. Os profissionais de saúde devem estimular as mães para tentarem amamentar	1	2	3	4	5
2. O biberão de leite artificial é uma boa maneira de deixar o pai cuidar do bebé	1	2	3	4	5
3. O leite materno é a forma ideal de alimentar os bebés	1	2	3	4	5
4. A mãe que bebe álcool ocasionalmente não deve amamentar o seu bebé	1	2	3	4	5
5. As mães que têm intenção de amamentar devem contar que os mamilos doídos fazem parte de uma fase normal do aleitamento	1	2	3	4	5
6. Os profissionais de saúde devem ter pouca influência na decisão das mulheres em continuar a amamentar	1	2	3	4	5
7. Um bebé que é amamentado terá menos infeções que um bebé alimentado a biberão de leite artificial	1	2	3	4	5
8. Os bebés que tomam leite artificial estão mais sujeitos a ficar superalimentados	1	2	3	4	5
9. A amamentação é benéfica para a saúde da mãe	1	2	3	4	5
10. A alimentação só com o leite materno satisfaz a maioria dos bebés durante aproximadamente os primeiros 6 meses	1	2	3	4	5

11.O leite artificial é mais fácil de digerir que o leite materno	1	2	3	4	5
12.O aleitamento materno tem benefícios para a saúde das crianças que o leite artificial não dá	1	2	3	4	5
13.O pai sente-se “posto de lado” se a mãe amamenta	1	2	3	4	5
1.A mãe que alimenta o bebé exclusivamente só com o seu leite, tem menos possibilidade de engravidar nos 3 meses depois do parto, que a mãe que alimenta o bebé com leite artificial	1	2	3	4	5
2. O suplemento de leite artificial é prejudicial para o estabelecimento de uma boa produção de leite materno pela mãe	1	2	3	4	5
3.É aconselhável que os bebés recebam um biberão de leite artificial antes da primeira amamentação com leite materno	1	2	3	4	5
4.A amamentação frequente da criança recém-nascida pode ajudar a diminuir a icterícia	1	2	3	4	5
5.O padrão de crescimento das crianças alimentadas com leite materno é diferente do das crianças alimentadas com leite artificial	1	2	3	4	5
6.Se a criança alimentada com leite materno não recuperou o peso do nascimento às 2 semanas de idade, deve encorajar-se a mãe a começar com o suplemento com leite artificial	1	2	3	4	5
7.A mãe de uma criança que sente que tem pouco leite deve completar a mamada com um biberão de leite artificial	1	2	3	4	5

**O questionário termina aqui, agradeço o tempo que disponibilizou para responder a todas as questões**

**APÊNDICE K: RESULTADO DO QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS  
UTENTES**

### Resultados do questionário aplicado às utentes do Centro de Saúde de Sines em fase gravídico- puerperal

Aplicou-se um questionário às utentes do Centro de Saúde de Sines, após apresentação de consentimento informado. Das mulheres que frequentam a unidade de saúde e se encontram em fase gravido-puerperal, disponibilizaram-se 168. O instrumento de recolha de dados continha na 1ª secção questões sociodemográficas, sociofamiliares. Na 2ª secção questionava-se sobre a vigilância de saúde na gravidez e comportamentos no pós-parto. Na 3ª secção, através de instrumentos de autor (Ingram, 2006) averiguava-se junto dos participantes sobre atitudes e conhecimentos relativamente ao Aleitamento Materno (AM).



**Tabela 21 Estatísticas descritivas de acordo com a idade**

	N	%
Gravidas do 1º filho	57	33.9
Gravidas do 2º ou mais filhos	34	20.2
Mulheres com filhos não gravidas	77	45.8
Total	168	100

Participaram 168 mulheres. A maior parte são grávidas 91 (54.1%). Na tabela 1 encontram-se representados os grupos das participantes de acordo com o momento do ciclo gravídico-puerperal. Há assim 111 participantes que já tiveram filhos, das quais 34 estão atualmente grávidas.

**Tabela 22 Estatísticas descritivas de acordo com o grupo obstétrico**

	N	Mínimo	Máximo	Media	DP
Gravidas do 1º filho	57	19	41	31.54	5.76
Gravidas do 2º ou mais filhos	34	22	43	32.47	4.76
Mulheres c/ filhos ã gravidas	77	18	45	31.77	6.26
Total	168	18	45	31.83	5.76

As participantes no seu total, tinha idades entre os 18 e 45 anos (M=31.83; DP=5.76)

As idades das participantes, nos grupos, distribuíam-se conforme se apresenta na tabela 2

A grande maioria (n=109; 64.9%) são casados ou vivem em união de facto (tabela 2). Quanto à escolaridade a maioria completou o 12º Ano (n=71; 42.3%) conforme tabela 3.

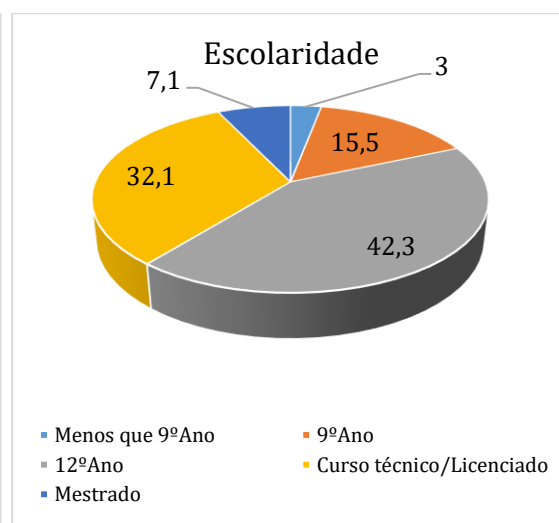
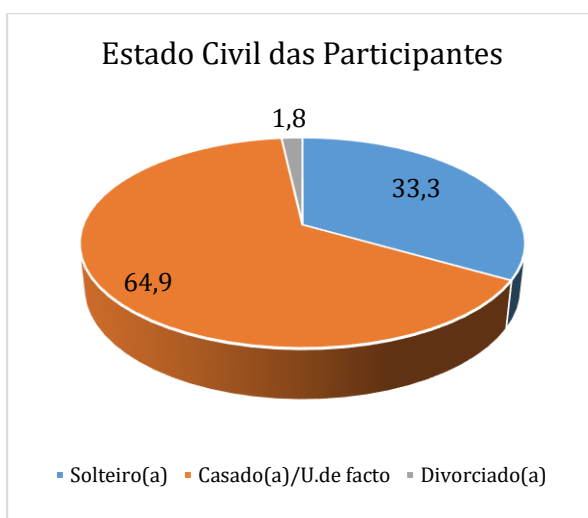


**Tabela 23 Estado Civil das Participantes**

	n	%
Solteiro(a)	56	33,3
Casado(a)/U.de facto	109	64,9
Divorciado(a)	3	1,8
Total	168	100,0

**Tabela 24 Escolaridade**

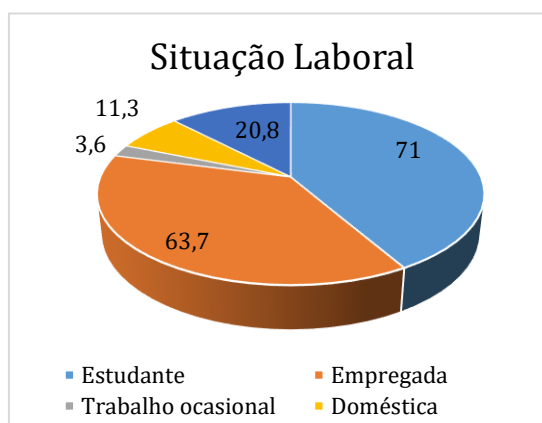
	n	%
Não Completou o 9ºAno	5	3
Completou o 9ºAno	26	15,5
Completou 12ºAno	71	42,3
Curso técnico/Licenciado	54	32,1
Mestrado	11	7,1
Total	168	100,0



A maior parte das mulheres tem ocupação laboral permanente (n=107; 63,7%) conforme tabela 4.

**Tabela 25 Situação laboral**

	n	%
Estudante	22	71,0
Empregada	107	63,7
Trabalho ocasional	6	3,6
Doméstica	19	11,3
Desempregada	35	20,8
Total	189	100,0



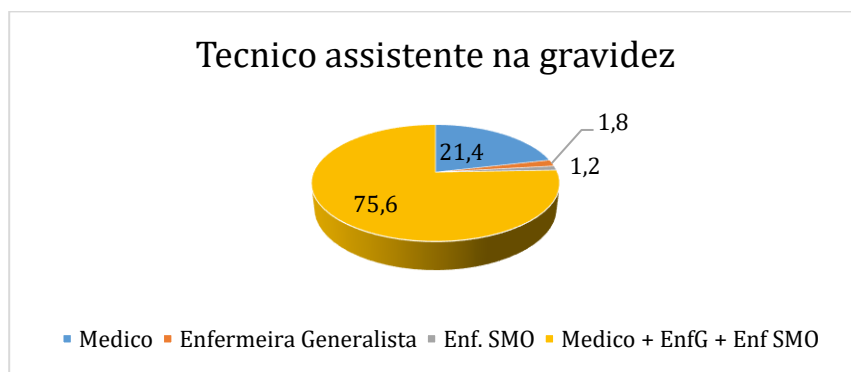
Das 168 participantes, 91 estão grávidas (54,2%), encontrando-se entre as 6 e as 40 semanas de gestação. Considerando todas as participantes, nomeadamente as que já têm filhos e no momento não estão grávidas, o número de consultas pré-natais variou entre 1 e 14 consultas. O número de consultas das participantes atualmente grávidas variou entre 2 e 12 consultas.

A maior parte das participantes atualmente grávidas não fez preparação para o parto (n=54; 59,3%), comparativamente a 37 (40,7%) que fez. Nas que fizeram preparação para o parto, a maioria (n=26; 72,2%) reconhece que o tema do aleitamento materno já foi abordado no âmbito das classes.

De acordo com a informação das participantes atualmente grávidas e das que têm filhos não estando atualmente grávidas, a gravidez foi seguida na maior parte das vezes por médico e enfermeira generalista e enfermeira especialista em simultâneo (n= 127; 75,6%), conforme tabela 6.

**Tabela 26 Técnico que assistiu na vigilância da gravidez**

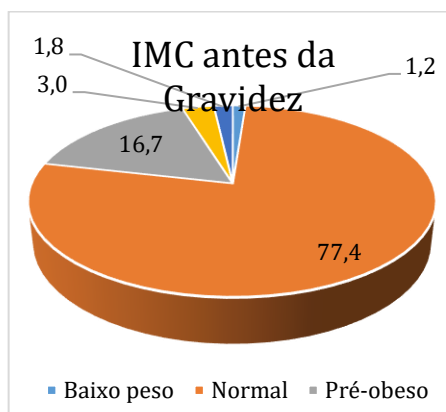
	n	%
Medico	36	21,4
Enfermeira Generalista	3	1,8
Enf. SMO	2	1,2
Medico + Enf Generalista + Enf SMO	127	75,6
Total	168	100



Calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), seguindo-se os parâmetros das recomendações da Direção Geral de Saúde (i.e., Circular Normativa nº3/DGCG de 17/03/2005). O IMC anterior à gravidez apresenta um número elevado na categoria de “normal”, conforme se vê na tabela 7. Porém 21.5% das participantes, antes da gravidez, já se encontrava em sobrepeso.

**Tabela 27 IMC anterior à gravidez**

	n	%
Baixo peso (<18,5)	2	1,2
Normal (18,5-24,9)	130	77,4
Pré-obeso (25-29,9)	28	16,7
Obeso C1 (30-34,9)	5	3,0
Obeso C2 (35-39,9)	3	1,8
Obeso C3 (>40)	0	0
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>



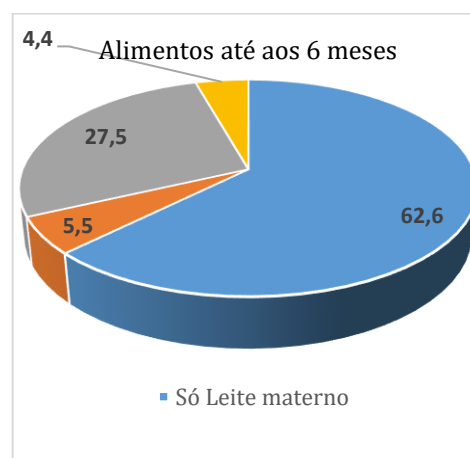
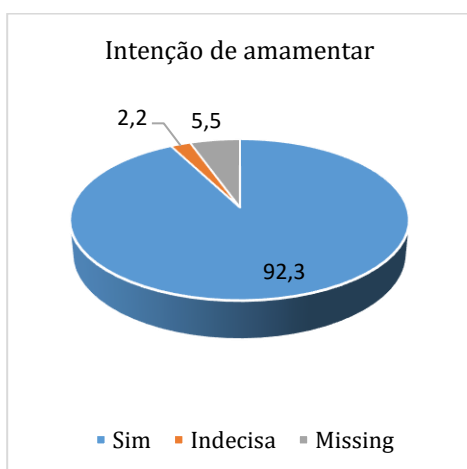
A maior parte das participantes que estão grávidas tem intenção de amamentar (n=84; 92,3%). Contudo cinco não responderam à questão (tabela 8). Contudo, quando se questiona a mãe sobre os alimentos que tem intenção de dar ao seu filho até aos 6 meses, quatro participantes não respondem e 30 (33%) não prevê fazer aleitamento materno exclusivo (tabela 9).

**Tabela 28 Intenção de amamentar nas participantes atualmente grávidas**

	n	%
Sim	84	92,3
Indecisa	2	2,2
Total	86	94,5
Missing	5	5,5
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 29 Intenção para a alimentação da criança até aos 6 meses**

	n	%
Só Leite materno	57	62,6
Leite materno e leite artificial	5	5,5
Leite materno, leite artificial e papas/sopas de bebé	25	27,5
Total	87	95,6
Missing	4	4,4
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>



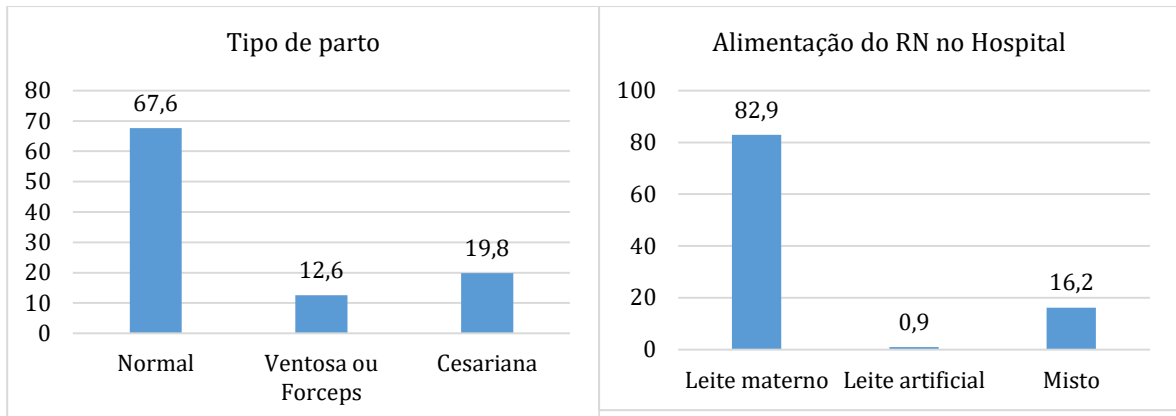
Considerando as participantes que já tiveram filhos, para a maioria o parto ocorreu por via vaginal (n=75; 67,6%), conforme tabela 10. Na alimentação do RN durante a sua estadia no hospital a maior parte amamentou (n=92; 82,9%) de acordo com tabela 11.

**Tabela 30 Tipo de parto**

	n	%
Normal	75	67,6
Ventosa ou Forceps	14	12,6
Cesariana	22	19,8
Total	111	100,0

**Tabela 31 Alimentação do recém-nascido no hospital**

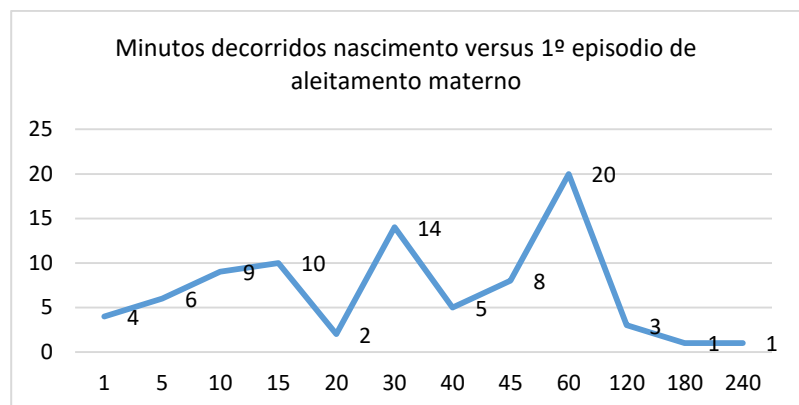
	n	%
Leite materno	92	82,9
Leite artificial	1	0,9
Misto	18	16,2
Total	111	100,0



Considerando as participantes que já tiveram filhos e considerando o pós-parto do último filho, o tempo decorrido entre a expulsão do concepto e o 1º episódio de aleitamento materno situou-se entre 1 minuto e 240 minutos (4h), com média de 39.45 minutos (DP=37.76), moda 60 minutos e mediana 30 minutos, conforme figura abaixo.

**Tabela 32 Descritivas quanto ao tempo do 1º episódio de amamentação**

Statistics	
Mean	39.45
Median	30.00
Mode	60
Std. Deviation	37.767
Minimum	1
Maximum	240





Considerando as participantes que já tiveram filhos, quando os respetivos filhos nasceram, a maioria tinha intenção de amamentar (n=108; 97,3%), conforme tabela 12.

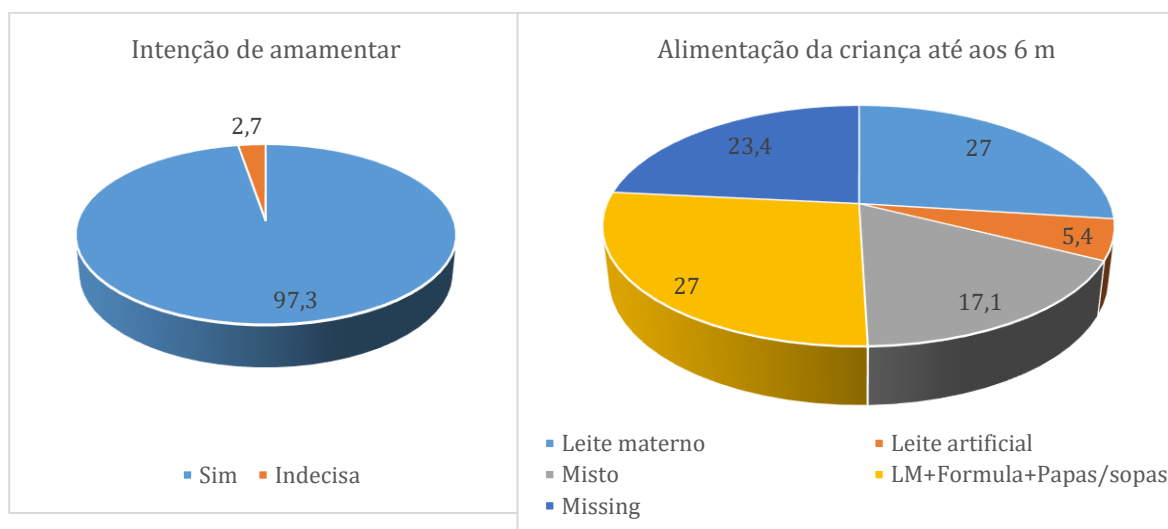
Porém, nas 85 mães que responderam (26 não responderam), a alimentação do RN nos primeiros 6 meses de vida foi de leite materno exclusivamente em 30 casos (27%) de acordo com tabela 12.

**Tabela 33 Intenção de amamentar quando o filho nasceu**

	n	%
Sim	108	97,3
Indecisa	3	2,7
Total	111	100,0

**Tabela 34 Alimentação da criança até aos 6 meses de vida**

	n	%
Leite materno	30	27
Leite artificial	6	5,4
Misto	19	17,1
LM+Formula+Papas/sopas	30	27
Total	85	76,6
Missing	26	23,4
Total	111	100



### Respostas das participantes

**Parte III:** Em cada afirmação, indique com um X, o seu grau de concordância (Ingram, 2006).

Escala de Atitudes (13 itens)	Discordo Totalment	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo Totalment
1.Os profissionais de saúde devem estimular as mães para tentarem amamentar			0,6	33,9	65,5
2.O biberão de leite artificial é uma boa maneira de deixar o pai cuidar do bebé	21,4	39,3	15,5	22,6	1,2
3.O leite materno é a forma ideal de alimentar os bebés	0,6		0,6	20,8	78
4.A mãe que bebe álcool ocasionalmente não deve amamentar o seu bebé	4,8	12,5	17,9	28	36,9
5.As mães que têm intenção de amamentar devem contar que os	2,4	4,8	3,6	50,6	38,7

mamilos doídos fazem parte de uma fase normal do aleitamento					
6.Os profissionais de saúde devem ter pouca influência na decisão das mulheres em continuar a amamentar	13,1	44	13,7	23,2	6
7.Um bebé que é amamentado terá menos infeções que um bebé alimentado a biberão de leite artificial		13,7	19	31	36,3
8.Os bebés que tomam leite artificial estão mais sujeitos a ficar superalimentados	3,6	15,5	18,5	45,2	17,3
9.A amamentação é benéfica para a saúde da mãe		1,2	6,5	44	48,2
10.A alimentação só com o leite materno satisfaz a maioria dos bebés durante aproximadamente os primeiros 6 meses	0,6	10,7	5,4	38,1	45,2
11.O leite artificial é mais fácil de digerir que o leite materno	27,4	24,4	32,7	6,5	8,9
12.O aleitamento materno tem benefícios para a saúde das crianças que o leite artificial não dá	0,6	1,8	9,5	26,2	61,9
13.O pai sente-se “posto de lado” se a mãe amamenta	37,5	51,2	8,3	3	

Questionário aplicado a mulheres grávidas do 1º filho

Escala de Conhecimento (7 itens)	Discordo Totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo Totalmente
1.A mãe que alimenta o bebé exclusivamente só com o seu leite, tem menos possibilidade de engravidar nos 3 meses depois do parto, que a mãe que alimenta o bebé com leite artificial	14	12,3	54,4	15,8	3,5
2. O suplemento de leite artificial é prejudicial para o estabelecimento de uma boa produção de leite materno pela mãe		15,8	19,3	56,1	8,8
3.É aconselhável que os bebés recebam um biberão de leite artificial antes da primeira amamentação com leite materno	52,6	38,6	5,3	3,5	
4.A amamentação frequente da criança recém-nascida pode ajudar a diminuir a icterícia		1,8	68,4	15,8	14
5.O padrão de crescimento das crianças alimentadas com leite materno é diferente do das crianças alimentadas com leite artificial		12,3	42,1	43,9	1,8
6.Se a criança alimentada com leite materno não recuperou o peso do nascimento às 2 semanas de idade, deve encorajar-se a mãe a começar com o suplemento com leite artificial	17,5	28,1	22,8	31,6	
7.A mãe de uma criança que sente que tem pouco leite deve completar a mamada com um biberão de leite artificial	10,5	35,1	15,8	36,8	1,8

**Tabela 35 Estatísticas Descritivas das Escala e Sub-escalas**

		Statistics		
		EscalaAtitude	EscalaConheci	EscalaTotal
N	Valid	168	57	57
	Missing	0	111	111
	Mean	48.6250	24.0526	72.9474
	Median	49.0000	25.0000	73.0000
	Mode	49.00 <sup>a</sup>	25.00 <sup>a</sup>	76.00
	Std. Deviation	5.64487	3.45595	7.88856
	Maximum	63.00	35.00	98.00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## **APÊNDICE L: SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA**

### Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno: Processo de Candidatura da UCSP/UCC-Sines

PROJETO MESTRADO



### Objetivos Da Sessão

- ▶ Dar a conhecer a intenção do projeto de investigação;
- ▶ Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da implementação de medidas que promovam a candidatura a "Unidade de Saúde amiga dos bebés";
- ▶ Dar a conhecer a Iniciativa "Unidade de saúde Amiga dos bebés";
- ▶ Dar a conhecer o percurso para obter a certificação.

### Projeto De Investigação

- ▶ **Título do Projeto:** Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno: Processo de Candidatura da UCSP/UCC-Sines
- ▶ **Nome dos Investigador:** Helena Sofia Banzo Padilha Brito
- ▶ **Nível da Investigação:** Mestrado
- ▶ **Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:** Margarida Sim-Sim (PhD)

### Projeto De Investigação

- ▶ **Objetivos:**
  - Descrever a opinião, atitudes e conhecimentos relativamente ao aleitamento materno.
- ▶ **Seleção da amostra:**
  - Funcionários da UCSP e UCC de Sines
  - Utentes em idade reprodutiva, grávidas, puérperas e mães frequentadoras da UCSP e UCC de Sines
- ▶ **Recolha de dados:**
  - Aplicação de Questionários.

### Vantagens do Aleitamento Materno

Para o bebé:

- ▶ Reduz a morbi-mortalidade infantil;
- ▶ O aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida proporciona nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento;
- ▶ Depois dos seis meses, o aleitamento materno, em conjunto com uma alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança.

### Vantagens do Aleitamento Materno

Para a mãe:

- ▶ Contribui para a saúde da mulher;
- ▶ Proporciona benefícios económicos para a família;
- ▶ Proporciona satisfação à maioria das mulheres, quando bem adotado.

### Baixas taxas na iniciação do aleitamento materno ou a sua cessação precoce:

- ▶ Podem ter implicações desfavoráveis importantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente.
- ▶ Resultam num aumento das despesas do serviço nacional de saúde.

### Estudos da OMS e UNICEF

Constatou-se que:

- ▶ O aleitamento materno não se encontra totalmente promovido e apoiado;
- ▶ Muitas instituições sociais e de saúde fornecem serviços que, muitas vezes, representam obstáculos à iniciação e à continuação do aleitamento;
- ▶ Há vários fatores a condicionar a prevalência e a duração do aleitamento materno.
  - Socioculturais, entre outros, incluindo a promoção de substitutos do leite materno industrializados.
- ▶ Como resultado, nem todas as crianças beneficiam deste início de vida vital.

### "Iniciativa Amiga dos bebés"



### Iniciativa amiga dos bebés

- ▶ Em 1992 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do Aleitamento Materno intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), internacionalmente conhecido como *Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI*.

### Iniciativa Amiga dos Bebés

Objetivos:

- ▶ Tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e bem estar dos bebés, suas mães, família e comunidade local;
- ▶ Promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno, através da mobilização de funcionários dos estabelecimentos de saúde, para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce, mediante o cumprimento das medidas criadas para o sucesso do aleitamento materno.

### Iniciativa Amiga dos Bebés

"Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno"

↓

- ▶ Garante uma utilização apropriada de substitutos de leite materno quando necessários, com base em informação e circuitos de marketing e distribuição corretos.



**Sete Medidas**

PARA SER CONSIDERADA UNIDADE DE SAÚDE AMIGA DOS BEBÉS

1. Ter Uma Política De Aleitamento Materno, Escrita, Alinhada A Ser Transmitida A Toda A Equipa De Cuidados De Saúde.

2. Dar Formação A Toda A Equipa Para Que Implemente Essa Política.

3. Especializada (20h com 3h prática clínica em cada 5 anos e 3h anuais).

4. Atualmente são 15 os hospitais acreditados.

5. Em 2016 foi consensual na Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés alargar a outras entidades (ACES, Universidades, Empresas)

6. A Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés certificou, em 2010, a primeira unidade de cuidados de saúde primários (ACES Lisboa Ocidental e Ceiras).

7. A Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés certificou, em 2010, a primeira unidade de cuidados de saúde primários (ACES Lisboa Ocidental e Ceiras).

13

**1- Ter Uma Política De Aleitamento Materno, Escrita, Alinhada A Ser Transmitida A Toda A Equipa De Cuidados De Saúde.**

- ▶ Contemple as 7 medidas;
- ▶ Proteja a amamentação;
- ▶ Exija a adesão ao Código Internacional de Comercialização de substitutos de leite materno;
- ▶ Não permite promoção de Leite artificial, biberões, tetinas ou chupetas;
- ▶ Acessível a toda a equipa de saúde;
- ▶ Afetada onde se prestam cuidados a grávidas, mães, pais, bebés e crianças;
- ▶ Todas as grávidas, puérperas, famílias devem estar informadas sobre essa política;
- ▶ Auditada anualmente;
- ▶ Revista a cada três anos.

14

**2 - Dar Formação A Toda A Equipa Para Que Implemente Essa Política.**

Nível 1- Sensibilização (3h em cada 3 anos e 1h anual)

Nível 2- Global (4h em cada 2 anos e 2h anuais)

- ▶ Vantagens do AM, dificuldades e prevenção das mesmas;
- ▶ Como ajudar as mães na tomada de decisão;
- ▶ Orientações sobre a conservação de leite;

Formação realizada por qualquer profissional que tenha uma formação mínima de 20h em AAM

15

**2 - Dar Formação A Toda A Equipa Para Que Implemente Essa Política.**

Nível 3 – Especializada (20h com 3h prática clínica em cada 5 anos e 3h anuais).

- ▶ Desenvolver competências sobre aleitamento materno;
- ▶ Providenciar conhecimentos e bases científicas atualizadas sobre o processo do aleitamento materno;
- ▶ Melhorar os conhecimentos sobre a fisiologia da lactação e alterações mamárias, tendo em vista uma mais cuidada orientação;
- ▶ Fornecer instrumentos práticos para alterar comportamentos e atitudes de profissionais e cidadãos face ao aleitamento materno;
- ▶ Dar a conhecer as orientações da OMS/Unicef para o sucesso do AM e da alimentação infantil

Formação realizada por profissionais com curso de Formação de formadores em AAM.

16

**Iniciativa Amiga dos Bebés**

- ▶ Atualmente são 15 os hospitais acreditados;
- ▶ Em 2016 foi consensual na Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés alargar a outras entidades (ACES, Universidades, Empresas)
- ▶ A Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés certificou, em 2010, a primeira unidade de cuidados de saúde primários (ACES Lisboa Ocidental e Ceiras).

17

**Percurso Para Obter A Certificação**

- ▶ Apresentação do projeto ao conselho de administração;
- ▶ Implementação das sete medidas;
- ▶ Questionário de Autoavaliação.

18

**Questionário de autoavaliação**

Item	Sim	Parcialmente	Não
1. Existe uma política escrita de aleitamento materno em vigor em todas as unidades de saúde da Unidade de Saúde Amiga dos Bebés.	1	2	3
2. A política de aleitamento materno está alinhada com as recomendações da OMS/UNICEF.	1	2	3
3. A política de aleitamento materno é conhecida por todos os membros da equipa de saúde.	1	2	3
4. A política de aleitamento materno é transmitida a toda a equipa de saúde.	1	2	3
5. A política de aleitamento materno é atualizada regularmente.	1	2	3
6. A política de aleitamento materno é acessível a toda a equipa de saúde.	1	2	3
7. A política de aleitamento materno é aplicada em todas as situações de atendimento.	1	2	3
8. A política de aleitamento materno é avaliada regularmente.	1	2	3
9. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
10. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
11. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
12. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
13. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
14. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
15. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
16. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
17. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
18. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
19. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
20. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
21. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
22. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
23. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
24. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3
25. A política de aleitamento materno é promovida em todas as situações de atendimento.	1	2	3

19

**Cronograma do processo de Avaliação**

20

**UCSP E UCC De Sines - Unidade De Saúde Amiga Do Bebê**

- ▶ Projeto pioneiro no Sul do tejo

21

**Referências Bibliográficas**

- ▶ ARSLYI. (2017). ACES Amigo dos bebês. Retrieved from <http://www.aces.gov.pt/aces/aces-amigo-dos-bebes>
- ▶ Levy, L. & Barros, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: UNICEF
- ▶ OMS. (1981). Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno Retrieved from [http://www.saude.gov.br/images/stories/infancia/aleitamento/oms\\_1981.pdf](http://www.saude.gov.br/images/stories/infancia/aleitamento/oms_1981.pdf)
- ▶ UNICEF. (1992). Comissão Nacional "Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês". Sete Medidas para ser Unidade de Saúde Amiga dos Bebês.
- ▶ UNICEF. (2017). Iniciativa Amiga dos Bebês. Retrieved from <http://www.unicef.pt/pt/que-fazemos/no-sssa-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes>
- ▶ <http://www.unicef.pt/pt/que-fazemos/no-sssa-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes>
- ▶ <http://www.unicef.pt/pt/que-fazemos/no-sssa-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes>
- ▶ <http://www.unicef.pt/pt/que-fazemos/no-sssa-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes>
- ▶ <http://www.unicef.pt/pt/que-fazemos/no-sssa-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes>
- ▶ <http://www.unicef.pt/pt/que-fazemos/no-sssa-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes>

22

**Obrigada**

23

**Política de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno**

Todos juntos pelo Aleitamento Materno

Mestranda: Helena Brito  
Orientadora: Margarida Sim-Sim (PhD)

Julho 2018

**Todos juntos pelo Aleitamento Materno**

ULSLA  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALGARGUENSE

## **APÊNDICE M: DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO**

Para os devidos efeitos, definidos no artigo 117.º da Ordem de Serviço n.º 13/2016, de 10 de agosto, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho de **Helena Sofia Banza Padilha Brito** (aluno n.º 37415), conducente ao Relatório de **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, sob o registo n.º R/A – EF-1783/2011/AI01) na Direcção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, ao abrigo do Decreto-Lei nº 42/2005, de 22 de Fevereiro e do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, republicado pelo do Decreto -Lei n.º 63/2016, de 13 de Setembro.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, referindo-se a atividades a desenvolver no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em **Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, com o título "Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno: Processo de Candidatura da UCSP/UCC-Sines".

Por ser um trabalho credível e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 10 de novembro de 2017


A Orientadora

Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim  
Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus/Universidade de Évora



**APÊNDICE N: PROPOSTA DE PROJETO – PARECER DO DIRETOR DO  
CURSO**



 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	<b>MODELO T-005</b>
	<b>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	<b>Ano Letivo:</b> 2017 / 2018
<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b>		
<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado <i>Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):</i>  Data: _____ Assinatura: _____		
<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)</b>		
Parecer positivo. Data: 24/01/2017 Assinatura: [Assinatura]		
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b>		
Nome Completo: <u>Helena Sofia Banza Padilha Brito</u> Número: <u>37415</u> Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u> Especialidade: <u>Não se aplica</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
<b>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</b>		
Telef.: <u>969143355</u> E-mail: <u>helena.brito@ufla.min-saude.pt</u>		
<b>5. PROPOSTA</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small>Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)</small> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
<b>6. TÍTULO DO TRABALHO</b>		
Título em Português: <u>Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno: Processo de Candidatura da UCSP/UCC-Sines</u>  Título em Inglês: <u>Breastfeeding Friendly Health Centre: Development of the Candidature at UCSP/UCC-Sines</u>		

[IMPRIMIR EM PRENTE E VERSO]

Modelo: T-005-A UFSAC

**APÊNDICE O: PEDIDO PARA AVALIAÇÃO DE PROJETOS PELA COMISSÃO  
DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO – UNIVERSIDADE DE ÉVORA**



**Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem Estar- Pedido - Avaliação de Projectos**

GD/45638/2017

**Requerente**

**Nome:** Maria Eugénia Prates Simões  
**Email:** esimoes@uevora.pt  
**Unidade:** Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

**Título do Projeto:**

Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno: Processo de Candidatura da UCSP/UCC-Sines

**Nome dos investigadores:**

Helena Sofia Banza Padilha Brito

**Nível da Investigação:**

Mestrado

**Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:**

Margarida Sim-Sim (PhD)

**Responsáveis Académicos - Colaboradores:**

Margarida Sim-Sim (PhD)

**Resumo / Abstract:**

Resumo: O Aleitamento Materno é um comportamento que ao longo dos séculos permitiu a continuidade da espécie. Na sua qualidade espécie-específico é o adequado, em exclusivo, durante os primeiros 6 meses de vida da criança. No país a prevalência de Aleitamento Materno até aos 6 meses, embora aumentando, não é ainda prática consistente. Os determinantes do AM variam com a cultura e a geografia, mas também com as políticas das unidades de saúde. O movimento de Centros de Saúde Amigos do AM tem vindo a desenvolver-se e colhe resultados positivos. Constata-se ao Sul do Tejo carência de instituições de saúde com este perfil.

Objetivo: Preparar a candidatura da UCSP/UCC-Sines a Unidade de Saúde Amiga do AM. Metodologia: Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Sub-amostra 1 constituída pela equipa multidisciplinar, com cerca de 44 participantes; sub-amostra 2, constituída por utentes-mulheres com idade entre os 18 e 45 anos, cerca de 200 participantes. O instrumento de recolha de dados será aplicado nas instalações da unidade de saúde. Respeitar-se-ão os princípios éticos, solicitando o consentimento aos participantes. Análise de dados: Estatísticas descritivas e inferenciais. A presente proposta, constitui a vertente de investigação de um projeto académico de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Palavra Chave: Aleitamento materno; leite humano; desenvolvimento infantil; nutrição da criança; fórmulas infantis; Centros de Saúde Materno-Infantil

Abstract: The Motherly Breastfeeding (MB) is a typical behavior, that throughout the centuries, has allowed the continuity of species. In his capacity of specie-specific is the most appropriate until 6 months of child's life. In the country the predominance of Motherly Breastfeeding till 6 months, though increasing, have not become a established practice. The determinants of the MB vary not only according to the culture and the geography, but also with the policies of Health Centers. The movement of MB Friendly Health Centers has been developing and gathers positive results. It is noted a lack of healthcare institutions with this profile along the southern Tejo.

Objective: To prepare the candidature of UCSP/UCC-Sines to a MB Friendly Health Center.

Methodology: Exploratory, descriptive study, with a quantitative approach.

Sub-sample 1 consists of a multidisciplinary team, with nearly 44 participants; Sub-sample 2 consists of women-users aged between 18 and 45 years, with nearly 200 participants.

The data collection instrument will be applied in the Health Center facilities.





Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/45638/2017

Requerente

**Nome:** Maria Eugénia Prates Simões  
**Email:** esimoes@uevora.pt  
**Unidade:** Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

The study should respect the participants fundamental ethical principles and ask their consent.  
Data analysis: descriptive and inferential statistics. This proposal, constitutes the research component of an academic project of a Master degree in Maternal Health and Obstetrics Nursing. Key-Words: Breast Feeding; Human milk; child development; child nutrition; infant formula; Maternal-Child Health Centers

**Fundamentação e pertinência do estudo:**

O Leite Materno (LM) é para a criança até aos seis meses, o alimento ideal, dado que não é padronizado como a fórmula, mas pelo contrário, dinâmico na sua composição conforme o tempo pós-parto, o início versus o final do episódio de amamentação, o ritmo circadiano ou a alimentação materna (Ballard & Morrow, 2013; Levy & Bértolo, 2012). Oferece agentes anti-infecciosos, fatores de crescimento ou entre outros, os pré-bióticos que estimulam o crescimento da flora intestinal (Ballard & Morrow, 2013; Carvalho & Tavares, 2014). De facto o AM, no que respeita à nutrição e a mortalidade infantil são positivamente complementares, podendo melhorar os indicadores de saúde da criança (Castilho & Barros Filho, 2010; WHO, 2017)

Um conjunto de fatores de ordem socioeconómica, cultural e comportamental levou a baixa da incidência/prevalência do AM nos anos 50-60. De acordo com alguns autores a baixa adesão ao AM surge no enquadramento da II Grande Guerra, com a massificação do trabalho feminino, a industrialização, os movimentos feministas, a perda da família alargada, a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno e a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde (Carvalho & Tavares, 2014; Levy & Bértolo, 2012). Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com a UNICEF, tem vindo a fazer esforços, a nível mundial para promover e incrementar o AM. Tal tem-se concretizado nos exemplos de Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), em universidades baby-friendly (Edge Hill University, 2017), nos serviços de saúde comunitária acreditados noutros países (Dubai Health Authority, 2017) ou em Portugal (ARSLVT, 2017). Apesar destes esforços e dos progressos nos últimos anos, verifica-se que em Portugal o AM, ainda é uma prática com oscilações na casuística (Kislaya et al., 2017). Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, sendo que, mais de 90 % das mães portuguesas iniciam a prática (Levy & Bértolo, 2012). No entanto, a maioria das mães não consegue cumprir o seu projeto de dar de mamar, pois cerca de metade desiste durante o 1.º mês de vida do bebé.

É essencial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do AM. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são porventura um local de eleição par projetos que promovem o AM. No enquadramento dos serviços de CSP, há oportunidade para antecipadamente, durante a vigilância de gravidez ou a classe de preparação para o nascimento, dar informação às utentes e posteriormente, no pós-parto, através da visita domiciliária, dos episódios de regresso para teste do pezinho, previsão puerperal, entre outras, fortalecer comportamentos de AM. É necessário que as unidades de saúde sejam sensíveis a implementação de políticas facilitadoras e que os seus funcionários tenham conhecimento e informação para se tornarem sérios promotores (Saraiva, 2010). Sugerem e comprovam alguns autores que a implementação de iniciativas de promoção, proteção e apoio à amamentação nas unidades básicas de saúde contribui para intensificar a prática do aleitamento materno exclusivo em lactentes até aos 6 meses (Oliveira & Camacho, 2002; Baerug et al., 2016).

No nosso país existem 14 hospitais que integram a Iniciativa Hospitais Amigos do Aleitamento Materno (IHAAM), mas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) existe apenas um exemplo baby-friendly. Em Portugal ao Sul do Tejo não existe este tipo de iniciativa, facto que justifica iniciativas deste tipo, em contextos de CSP que servem





**Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem Estar- Pedido - Avaliação de Projectos**

GD/45638/2017

**Requerente**

**Nome:** Maria Eugénia Prates Simões

**Email:** esimoes@uevora.pt

**Unidade:** Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

populações com famílias em idade procriava. Tal ocorre no Centro de Saúde de Sines, onde o grupo de utentes-mulheres com idade entre os 18 e 45 é significativo nos efetivos. Poder-se-iam colher benefícios para a criança, a mulher, a família, o que significa ganhos em saúde para a população, no imediato e a longo prazo (Victoria et al., 2016). Para atingir um envolvente promotor do AM nos CSP, alguns passos são necessários. São conhecidos modelos com 10 medidas (Lana & Lamounier, 2009) ou sete medidas (UNICEF, 2017). O modelo de sete medidas sugere ser adequado ao enquadramento dos CSP. Assim, tendo em conta que o Centro de Saúde de Sines assiste grávidas, mães e bebés, que não existe iniciativa concreta na promoção da amamentação, pareceu pertinente iniciar um projeto que promova, apoie e proteja o AM. Desta forma o presente projeto tem como objetivo fundamental criar as condições, para a candidatura do Centro de Saúde de Sines a Unidade de Saúde Amiga dos Bebés, através do modelo UNICEF de sete medidas.

**Objetivos:**

Descrever a opinião, atitudes e conhecimentos das utentes-mulheres em idade reprodutiva e equipa multidisciplinar da UCSP/UCC de Sines relativamente ao aleitamento materno.

**Seleção da amostra:**

Consideram-se as utentes do CSSines que frequentam a consulta de planeamento familiar, gravidez, puerpério e saúde infantil. A sub-amostra 1, é calculada a partir do critério de Krecje e Morgan (1970), tendo por base o número de efetivas presenças na unidade de saúde prevendo-se 200 participantes. A amostra é de conveniência, obtida por seleção consecutiva na admissão. Na sub-amostra 2, correspondente aos funcionários, elege-se a totalidade, prevendo-se 44 participantes. Prevê-se a recolha de dados entre os meses de Janeiro a Abril.

**Procedimentos metodológicos:**

O cronograma encontra-se em Apêndice I.

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Consideram-se dois momentos de recolha de dados para os funcionários do CSSines e um momento de recolha de dados para as utentes.

Contactados os representantes hierárquicos do CSSines, obteve parecer positivo. O projeto foi enviado ao Conselho Executivo da Unidade Local de Saúde de Litoral Alentejano (ULSLA). É ainda submetido à Comissão de Ética da



**Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem Estar- Pedido - Avaliação de Projectos**

GD/45638/2017

**Requerente**

**Nome:** Maria Eugénia Prates Simões

**Email:** esimoes@uevora.pt

**Unidade:** Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Universidade de Évora.

**Instrumentos de avaliação:**

Em Apêndice II encontram-se os consentimentos informados de acordo com a amostra a que se dirige e os respetivos questionários.

**Como serão recolhidos os dados:**

Os dados são recolhidos através de questionários. Os funcionários do CSSines são convidados a participar, de uma forma global, a partir da apresentação da ideia do projeto desenhado para o Centro de Saúde. De maneira individual, aos que mostrarem disponibilidade, será apresentado o convite escrito e o consentimento informado. As participantes, utentes das consultas de planeamento familiar, saúde materna, puerpério e saúde infantil, são convidadas, em momento posterior à consulta. Às que mostrarem disponibilidade, será apresentado o convite escrito e o consentimento informado. Os questionários são apresentados em papel, guardados em envelope opaco. Os dados são tratados através da aplicação IBM-SPSS® versão 24

**Como será mantida a confidencialidade nos registos:**

Os questionários são respondidos de forma anónima. Em nenhum momento do instrumento de recolha de dados se solicitam dados que possam identificar ou comprometer o/a participante.

O registo é numérico. Os questionários respondidos serão mantidos à guarda da mestranda, que sobre o seu conteúdo guardará sigilo.

**Estudos prévios em que se baseia esta investigação:**

Alves, A. L. N., de Oliveira, M. I. C., & de Moraes, J. R. (2013). Breastfeeding-Friendly Primary Care Unit Initiative and the relationship with exclusive breastfeeding. *Revista de Saúde Pública*, 47(6), 1030-1040.

doi:10.1590/S0034-8910.2013047004841

ARSLVT. (2017). ACES Amigo dos bebés. Retrieved from [http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news\\_id=1040](http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news_id=1040)

Baerug, A., Langsrud, Ø., Løland, B. F., Tufte, E., Tylleskär, T., & Fretheim, A. (2016). Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Matern Child Nutr*, 12(3), 428-439. doi:10.1111/mcn.12273

Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatric clinics of North America*, 60(1), 49-74. doi:10.1016/j.pcl.2012.10.002



Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem Estar- Pedido - Avaliação de Projectos

GD/45638/2017

Requerente

**Nome:** Maria Eugénia Prates Simões  
**Email:** esimoes@uevora.pt  
**Unidade:** Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

- Carvalho, M. R., & Tavares, L. M. (2014). Amamentação. Bases Científicas (3rd ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Castilho, S. D., & Barros Filho, A. d. A. (2010). Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. *Jornal de Pediatria*, 86, 179-188.
- Dubai Health Authority. (2017). Four Primary Health Care Facilities receive Baby-Friendly Hospital accreditation from UNICEF and WHO. Retrieved from <https://www.dha.gov.ae/en/DHANews/pages/dhanews157837385-13-03-2017.aspx>
- Edge Hill University. (2017). UNICEF Baby Friendly Initiative University Accreditation for Edge Hill. Retrieved from <https://www.edgehill.ac.uk/news/2014/08/unicef-baby-friendly-initiative-university-accreditation-edge-hill/>
- Kislaya, I., Braz, P., Dias, C., & Loureiro, I. (2017). A evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas: dados dos Inqueritos Nacionais de Saúde (1995/96-1998/99-2005/06-2014). Retrieved from <http://www.insa.m-in-saude.pt/a-evolucao-do-aleitamento-materno-em-portugal-nas-ultimas-duas-decadas-dados-dos-inqueritos-nacionais-de-saude/>
- Lana, A., & Lamounier, J. (2009). Saúde da família. Centro de Saúde Amigo da Criança (C. Editora Ed.). Belo Horizonte.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Lisboa: UNICEF.
- Radwan, H. (2013). Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*, 13(1), 171. doi:10.1186/1471-2458-13-171
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., . . . Victora, C. G. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2
- Tampah-Naah, A. M., & Kumi-Kyereme, A. (2013). Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in Ghana: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), 13. doi:10.1186/1746-4358-8-13
- UNICEF. (2017). Iniciativa Amiga dos Bebés. Retrieved from <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&sid=1810111414&cid=5376>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., . . . Group, L. B. S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- WHO. (2017). Exclusive breastfeeding. Nutrition. Nutrition health topics. Retrieved from [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/)





**Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem Estar- Pedido - Avaliação de Projectos**

**GD/45638/2017**

**Requerente**

**Nome:** Maria Eugénia Prates Simões

**Email:** esimoes@uevora.pt

**Unidade:** Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

**Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:**

Em Apêndice III encontra-se:

O pedido de parecer ao Conselho de Administração da ULSLA sobre a pertinência do projeto

Em Apêndice IV encontra-se:

O pedido ao Conselho de Administração da ULSLA para aplicação de questionários a utentes e funcionários da UCSP e UCC de Sines



**APÊNDICE P: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO –  
UNIVERSIDADE DE ÉVORA**



Documento 1 7 0 1 3

**Comissão de Ética para a Investigação Científica  
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar  
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes, Professora Doutora Maria de Fátima Jorge e Professor Doutor Armando Raimundo, deliberaram dar

**Parecer Positivo**

para a realização do Projeto "Unidade de saúde amiga do aleitamento materno: Processo de candidatura de UCSP/UCC - Sines", dos investigadores Prof.ª Doutora Margarida Sim-Sim (Responsável) e Helena Sofia Banza Padilha Brito.

Universidade de Évora, 29 de Novembro de 2017

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

**APÊNDICE Q: POLÍTICA DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO  
AM**

### **Política de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno**

O Centro de Saúde de Sines promove, protege e apoia o Aleitamento Materno (AM). Recomenda-o, como forma exclusiva de alimentação, até aos 6 meses de vida, como complemento de outros alimentos até aos dois anos ou mais, conforme aconselha a Direção Geral de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005; DGS, 2013). O AM resulta em múltiplas vantagens para a mãe, criança, família, ambiente e sociedade.

O Centro de Saúde de Sines assume o apoio o AM através da seguinte política:

1. Todas as grávidas/mães, pais e família, são informados sobre as vantagens do AM;
2. Todas as grávidas/puérperas têm registado, no processo e boletim de saúde da grávida (ficha anexa) a sua história da amamentação e informações sobre o AM;
3. Todos os latentes têm registado, no processo clínico e/ou boletim de saúde infantil e juvenil, dados relativos ao AM e diversificação alimentar;
4. O AM é orientado presencialmente por profissionais de saúde, nas primeiras semanas, apoiando a sua continuidade (inclui observação, técnica, horário livre...);
5. As mães transitoriamente impossibilitadas de amamentar, são encorajadas a estimular a lactação;
6. É disponibilizado apoio e ajuda prática a todas as mães com dificuldades relacionadas com a amamentação;
7. A trabalhadora lactante é informada sobre a manutenção do AM anteriormente ao regresso ao trabalho.
8. As mães/pais são encorajados a não usar tetinas, mamilos artificiais ou chupetas nos bebés amamentados.
9. As mães/pais são instruídos para alternativas tais como uso de copo/seringa/colher, para administrar leite materno;
10. O Centro de Saúde de Sines, através dos seus profissionais cumpre o Código Internacional de Marketing dos substitutos do leite materno:
  - a. Não é permitida a oferta de leites artificiais ou produtos que interferem com o sucesso do AM (chupetas, tetinas, biberões, mamilos artificiais);
  - b. Nenhuma forma de publicidade é permitida a substitutos de leite materno
  - c. Os profissionais não recebem presentes, amostras ou produtos relacionados;



- d. A informação transmitida às mães/pais é isenta de intuítos comerciais, salienta a importância do AM, sublinha os custos ou implicações para a saúde dos leites artificiais e a dificuldade em reverter a decisão de não amamentar;
11. Disponibiliza-se para mães/pais os contactos de apoio ao AM na comunidade, nomeadamente serviços e linhas de apoio.
  12. Encoraja-se a criação de grupos de apoio ao AM na comunidade;
  13. Nas reuniões da unidade coordenadora funcional serão tomadas medidas para estimular, manter e (re) ajustar a promoção, proteção e apoio ao AM no Centro de Saúde de Sines;
  14. Os profissionais de saúde asseguram a monitorização e cumprimento desta política, a criação de indicadores e a sua revisão.

**A política de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno** a) está afixada nos locais onde se prestam cuidados a grávidas, mães/pais e crianças, b) orienta as práticas profissionais seguindo diretrizes da Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos bebês/UNICEF, c) é transmitida a todos os profissionais, d) faz parte da formação contínua, e) consta das atividades de integração dos profissionais, ocorrendo formação nas primeiras semanas de trabalho.

**APÊNDICE R: PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO – APRESENTAÇÃO DO PROJETO AOS FUNCIONÁRIOS**

## **PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**

TEMA: Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno: Processo de Candidatura da UCSP/UCC-Sines

DATA: 10/05/2018

TEMPO TOTAL PREVISTO: 20 min

FORMADORAS: Helena Sofia Banza Padilha Brito

POPULAÇÃO: Equipa multidisciplinar do CS Sines

### **OBJETIVOS:**

- Dar a conhecer a intenção do projeto de investigação;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da implementação de medidas que promovam a candidatura a “Unidade de Saúde amiga dos bebés”;
- Dar a conhecer a Iniciativa “Unidade de saúde Amiga dos bebés”;
- Dar a conhecer o percurso para obter a certificação.

**APÊNDICE S: PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO – SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO**



## **PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**

TEMA: “Todos juntos pelo aleitamento materno”- sessão de sensibilização

DATA: 26/07/2018

TEMPO TOTAL PREVISTO: 180 min

FORMADORAS: Helena Sofia Brito & Maria José Freire

POPULAÇÃO: Profissionais não clínicos do CS Sines

OBJETIVO GERAL:

- Sensibilização para a importância do aleitamento materno


OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover a amamentação;
- Divulgar a Iniciativa Amiga dos Bebés.

Consciencializar a equipa sobre a importância do papel de cada um na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno;

**APÊNDICE T: SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE O ALEITAMENTO  
MATERNO**

### "Todos juntos pelo Aleitamento Materno"



Sessão de sensibilização  
Julho 2018

u.e. Évora

**Formadoras:**

- Enf. Maria José Freire - Conselheira em Aleitamento Materno e Assessora de Lactação.
- Enf. Helena Brito - Conselheira em Aleitamento Materno e Estudante da Especialidade e Mestrado em Saúde Materno e Obstétrica.

**População Alvo:**  
Todas as profissionais do Centro de Saúde de Sines interessadas.

### Objetivos da sessão

**Objetivo Geral:**

- Sensibilização para a importância do aleitamento materno

**Objetivos específicos:**

- Promover a amamentação;
- Divulgar a Iniciativa Amiga dos Bebés;
- Conscientizar a equipa sobre a importância do papel de cada um na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.

### PROMOVER A AMAMENTAÇÃO

#### PORQUÊ?!

Porque o leite materno é a forma mais natural e mais adequada de alimentar os nossos bebés!

### PROMOVER A AMAMENTAÇÃO

#### PORQUÊ?!




### PROMOVER A AMAMENTAÇÃO

#### PORQUÊ?!



### PROMOVER A AMAMENTAÇÃO


#### PORQUÊ?!




### PROMOVER A AMAMENTAÇÃO

#### PORQUÊ?!








### PROMOVER A AMAMENTAÇÃO

#### PORQUÊ?!



### Recomendações da OMS

- A OMS recomenda o aleitamento materno de forma exclusiva e a livre demanda até aos 6 meses;
- A partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno;
- As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade.


### Vantagens do Aleitamento materno

### LEITE MATERNO = TECIDO VIVO



### MAMA = PLACENTA EXTERNA = ÁRVORE DA VIDA





### Para o bebé:

- Fornece o alimento ideal, mais barato e seguro para dar em exclusividade até aos 6 meses;
- É um alimento natural, com elevada riqueza nutricional permitindo um crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebé;
- Previne o aparecimento de infeções gastrointestinais (diarreias), respiratórias (pneumonias e bronquites) e urinárias;
- Protege de algumas alergias;



### Para o bebé:

- Confere maior proteção contra vírus e bactérias;
- Permite uma melhor adaptação do bebé aos outros alimentos;
- Facilita a digestão e o funcionamento do intestino;
- Melhora o desenvolvimento da visão;
- Reduz a propensão a cárie dentária, melhora o desenvolvimento das mandíbulas, dos dentes e da fala;
- Previne o aparecimento futuro de Diabetes, Linfomas, Obesidade, Doença de Crohn, Colite ulcerosa e Doença celíaca na criança;

### Para a mãe:

- O leite materno é prático e conveniente, sem necessidade de preparação, aquecimento e desinfecção;
- Promove uma recuperação rápida do corpo da mãe após o parto;
- Atrasa a menstruação, funcionando como um controlo da fertilidade;
- Aumenta a confiança da mãe e a sensação de bem-estar;
- Cria uma melhor ligação emocional entre a mãe e o bebé o que garante uma maior estabilidade da criança;
- Associa-se a uma menor probabilidade de aparecimento de Cancro da mama, Cancro do ovário, Osteoporose, Doenças cardíacas, Diabetes e Artrite reumatoide;



### Para a Família:

- Permite uma maior gestão de custos, uma vez que se poupa dinheiro em leite artificial, biberões, e esterilizações;
- Facilita as deslocações pois não há necessidade de levar utensílios;
- Poupança previsível em gastos com a saúde da criança amamentada uma vez que irá ter menor incidência de episódios de doença;

### Para o ambiente

- Não é necessário recorrer a embalagens, utensílios e gasto de energia;
- menos resíduos em pacotes de leite adaptado e de uma menor produção destes leites com um menor efeito poluente.



### Estudos da OMS e UNICEF

**Constatou-se que:**

- O aleitamento materno não se encontra totalmente promovido e apoiado;
- Muitas instituições sociais e de saúde fornecem serviços que, muitas vezes, representam obstáculos à iniciação e à continuação do aleitamento;
- Há vários fatores a condicionar a prevalência e a duração do aleitamento materno. Socioeconómicos, entre outros, incluindo a promoção de substitutos do leite materno industrializados;
- Como resultado, nem todas as crianças beneficiam deste início de vida vital.



**"Iniciativa Amiga dos bebés"**



19

\*

**Iniciativa amiga dos bebés**

Em 1992 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do Aleitamento Materno intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), internacionalmente conhecido como *Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI*.

20

\*

**Iniciativa Amiga dos Bebés**

**Objetivos:**

- Tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e bem estar dos bebés, suas mães, família e comunidade local;
- Promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno, através da mobilização de funcionários dos estabelecimentos de saúde, para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce mediante o cumprimento das medidas criadas para o sucesso do aleitamento materno.

21

\*

**7 Medidas**



22

\*

**SENSIBILIZAR A EQUIPA...**

...PARA A IMPORTÂNCIA DE CADA UM...

...NA PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO!

23

\*

**Mitos e Verdades**

Está a dizer que...



...o leite da minha mãe é fraco?


24

\*

**MITO OU VERDADE?**

Existem muitos mitos acerca da amamentação, que são passados através de gerações ou criados com a ignorância causada pelo desconhecimento científico.

Apesar de estar comprovado que o leite materno traz benefícios para a mãe e bebé, esses mitos podem ser um impedimento para que as mães amamentem.



25

\*

**Algumas mães produzem leite "fraco"**

**MITO**

26

\*

**Algumas mães produzem leite "fraco"- Mito**

- Nenhum leite materno é "fraco", pobre ou insuficiente;
- O LM apresenta uma composição semelhante para todas as mulheres que amamentam;
- As mulheres que amamentam têm uma incrível capacidade de produzir leite em quantidade e qualidade suficientes para o bebé, mesmo que estas não se alimentem adequadamente;
- Quando a mulher tem problemas na sua dieta e não consegue obter os nutrientes que precisa, o seu organismo vai busca-los às suas reservas;
- Se a criança mama regularmente e está aumentando de peso, a mãe pode ficar tranquila.



27

\*

**Algumas mães produzem leite "fraco"- Mito**



Colostro Transição Maduro

28


**O bebé pode ficar mal habituado se não tiver horários para mamar**

**MITO**

29

**O bebé pode ficar mal habituado se não tiver horários para mamar-Mito**

- A orientação da OMS é a amamentação com horário livre, ou seja, o bebé deve mamar sempre que desejar;
- A mãe deve amamentar o seu bebé sem restrições, de dia e de noite, pois deste ritmo depende o sucesso do aleitamento materno e da adaptação do bebé ao mesmo;
- Não há uma regra, e a periodicidade varia conforme o bebé. O tempo de cada mamada não deve ser fixado;
- Algumas crianças, com o passar das semanas, vão criando o seu próprio horário e é comum quebrem mamar a cada duas ou três horas, mas é importante que a mãe não restrinja a amamentação caso o bebé prefira mamar em um intervalo maior ou menor de tempo.



30

\*


**Mamas pequenas não produzem leite suficiente para o bebé - Mito**

**MITO**

31

\*

**Mamas pequenas não produzem leite suficiente para o bebé - Mito**



- O tamanho da mama não está relacionado com a produção do leite;
- Tanto as mamas grandes quanto as pequenas possuem a capacidade de produzir o mesmo volume de leite;
- O tamanho das mamas apenas depende da gordura armazenada. A produção de leite só depende das glândulas mamárias.

32

\*

**Se os bebés mamarem muito é porque a mãe tem pouco leite**

**MITO**

33

\*

**Se os bebés mamarem muito é porque a mãe tem pouco leite- Mito**

O leite materno é de fácil digestão, os bebés geralmente têm fome mais cedo do que se forem alimentados com Leite artificial;

O leite materno não se acaba. Enquanto a mãe amamentar é como uma "bateria", não é um "depósito": à medida que o bebé estimula, a mãe vai produzindo.

34

**Se os bebés mamarem muito é porque a mãe tem pouco leite- Mito**

"Mas eu acabei de dar de mamar, porque é que o bebé quer mamar outra vez?"



Barriga pequena é igual a mamadas frequentes!

35

**Dar só leite materno não sustenta o bebé. Ele chora com fome**

**MITO**

36

\*



**Dar só leite materno não sustenta o bebé. Ele chora com fome - Mito**

- O bebé não chora apenas por fome. Pode estar com cólicas, frio ou calor, molhado, ou querer simplesmente carinho.
- O choro é a única forma que o bebé tem para comunicar por isso, usa-o para todas as situações

O importante é que o bebé cresça saudável e isso verifica-se nas consultas com profissionais de saúde.



37

\*

**A mãe que amamenta não pode comer de tudo porque o bebé pode rejeitar a mama/ ficar com cólicas**

**MITO**

38

\*

**A mãe que amamenta não pode comer de tudo porque o bebé pode rejeitar a mama/ ficar com cólicas- Mito**

A mãe lactante deve fazer uma alimentação equilibrada, variada e saudável, tal como se recomenda a toda a população. Excluir alimentos da dieta, arbitrariamente, não é saudável nem recomendado.

Uma alimentação variada permite o contacto com uma variedade de sabores dependentes da alimentação da mãe, facilitando ainda a introdução posterior de novos alimentos.



39

\*

**Após os dois anos a criança já é muito crescida para mamar e o LM já não lhe traz benefícios**

**MITO**

40

**Após os dois anos a criança já é muito crescida para mamar e o LM já não lhe traz benefícios-Mito**

Existem evidências científicas sobre o valor do leite humano após os dois anos, pois além de manter o vínculo entre a mãe e a criança, o leite produzido contém consideráveis quantidades de vitaminas, sais minerais, nutrientes e proteínas e continua a contribuir para a proteção e prevenção de infeções.

Dados da Unicef mostram que, no segundo ano de vida, 500 ml de leite materno fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia de que uma criança precisa diariamente.



41

\*

**O leite artificial atualmente é quase igual ao leite materno**

**MITO**

42

\*

**O leite artificial atualmente é quase igual ao leite materno - Mito**

Do ponto de vista nutricional, só o leite materno possui todos os nutrientes que o bebé precisa nos seus primeiros meses de vida como proteínas, lipídios, carboidratos, vitaminas, cálcio, fósforo, ferro, zinco, água.

O LM contém prioridades imunológicas que não constam no leite artificial - anticorpos.

- O leite artificial não contém anticorpos, células vivas, enzimas, hormonas nem as vitaminas do LM. Contém sim, muito mais alumínio, magnésio, ferro e proteína.
- Os bebés que são alimentados com o leite artificial têm uma maior propensão para digestões complicadas e maior cólicas porque o sistema digestivo é imaturo para digerir as fórmulas lácteas.

As fórmulas são feitas para fazer com que o bebé cresça bem, mas o leite materno é muito mais do que isso.



43

\*

**O bebé alimentado exclusivamente com leite materno tem mais imunidade**

**VERDADE**

44

\*

**O bebé alimentado exclusivamente com leite materno tem mais imunidade - Verdade**

- O leite materno possui anticorpos que propiciam imunidade para a criança contra doenças, até que o sistema imunológico esteja desenvolvido (por volta dos seis meses), e que são produzidos e regulados no leite artificial.
- O leite materno pode também ser considerado como uma vacina natural, que protege a criança contra doenças, alergias, infeções.



45

\*


**Biberão, tetinas, chuchas e mamilos de silicone interferem com o aleitamento materno**

**VERDADE**

46

**Biberão, tetinas, chuchas e mamilos de silicone interferem com o aleitamento materno- Verdade**

- Aumentam o risco de desmame, principalmente se dados precocemente.
- Rejeição da mama devido ao facilitismo, o bebé tem de fazer mais força para extrair leite da mama e por tetina requer menos esforço;
- Prejudicam o desenvolvimento da arcada dentária e o processo de deglutição, pois não estimulam adequadamente os músculos da boca.



47

\*

**Mama X tetinas e chuchas**



48

\*

**Alternativas à mama**



19

\*

**A ansiedade e o stress atrapalham a produção de leite**

**VERDADE**

50

\*

**A ansiedade e o stress atrapalham a produção de leite- Verdade**

- A produção de leite materno depende de duas hormonas, a prolactina e a ocitocina, sendo esta última muito influenciada por fatores emocionais.
- Essa diminuição é transitória e reversível. Ou seja, a produção de leite é normalizada quando a mulher fica tranquila.



51


\*

**Como podemos ajudar?**

- Fortalecer a autoconfiança das mães;
- Enviar mensagens verbais e não verbais de aprovação e tranquilidade;
- Ajudar as mães a falarem dos seus sentimentos e preocupações;
- Elogiar o que fazem corretamente;
- Reconhecer as situações que necessitam de ajuda e de atenção especial.

20

**A ansiedade e o stress atrapalham a produção de leite**



Em caso de dúvida, deverá encaminhar a mãe e o bebé para os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos, de modo a receber informação científica e fundamentada.

21

\*

**Obrigada!!!**



FIMI

22

\*

**APÊNDICE U: QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO/AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE  
FORMAÇÃO**

### Formação em Serviço

#### Questionário de Opinião

Dados pessoais do/a formando/a:

**Idade:**      **Sexo:**      **Habilitações académicas:**

Caro colega:

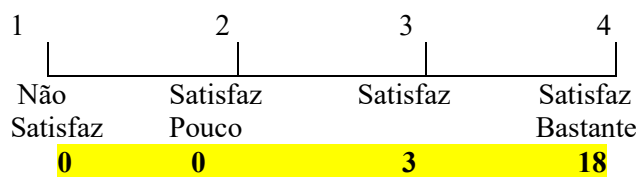
As questões relacionadas com a formação contínua, nomeadamente a formação em serviço, são particularmente relevantes para o seu desenvolvimento profissional e pessoal. Nesta medida, torna-se imperioso conhecer a sua opinião sobre esta ação de formação de modo a ajudar a melhorar a organização e o desenvolvimento de futuras ações. Agradecemos a sua colaboração, respondendo às questões colocadas, com um circulo (O) no nível que considera mais adequado.

**Data:**

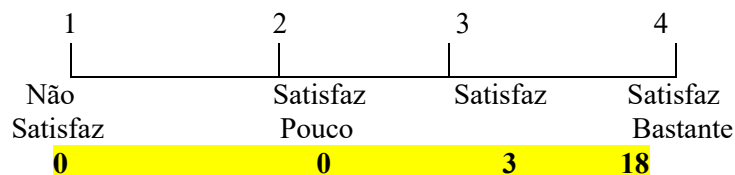
**Ação de Formação:**

1. Esta ação de formação decorreu de acordo com as suas expectativas?

- A nível dos conhecimentos abordados:

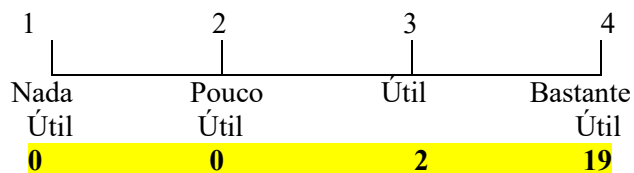


- A nível da metodologia utilizada:





2. Os conhecimentos adquiridos nesta formação são importantes para o seu desempenho profissional?



3. Na sua opinião como qualifica a intervenção do formador relativamente às seguintes questões? Reponta a cada questão, assinalando com uma cruz (X), um dos item da escala de 1 a 5, em que 1 indica a pontuação mínima e 5 a pontuação máxima.

Aspetos	1	2	3	4	5
Motivou a participação do grupo	0	0	0	2	17
Despertou interesse	0	0	0	1	18
Expressou-se com clareza	0	0	0	1	18
Prestou os esclarecimentos solicitados	0	0	0	0	19
Estabeleceu boa relação com o grupo	0	0	0	0	19

4. Indique de forma sucinta aspetos positivos, aspetos negativos e sugestões que gostaria de dar, como contributo para esta formação desenvolvida em serviço:

---

---

---

Muito Obrigado



**APÊNDICE V: CERTIFICADO DO CURSO DE ACONSELHAMENTO EM  
ALEITAMENTO MATERNO**



**APF** ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

**CENTRO DE FORMAÇÃO**

Rua Eça de Queirós - 13 - 1º Andar - 1050-095 Lisboa - Portugal  
(+351) 213853993 - (+351) 912192800  
Website - [www.apf.pt](http://www.apf.pt)  
Facebook - [www.facebook.com/apfamilia](https://www.facebook.com/apfamilia)  
Contribuinte n.º 500 989 575 | Acreditação n.º 533



**Certificado**

Em conformidade com o disposto na Portaria n.º 474/2010, de 8 de Julho, certifica-se que

---

**Helena Sofia Banza Padilha Brito**

---

natural de **Santiago do Cacém**, nascida a **26/08/1982**, titular do cartão de cidadão n.º **12058902**, válido até **31/07/2021**, concluiu com aproveitamento o “**Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno**”, com a duração total de **48 horas**, que decorreu entre **6 de Abril de 2018 e 15 de Abril de 2018**, no **IEFP – Centro de Formação Profissional de Évora**.

Esta ação de Formação foi dinamizada pelo(a) formador(a) **Teresa Félix e Isabel Reinaldo**.

Lisboa, 15 de Abril de 2018.



(O Director do Centro de Formação)

Certificado n.º  
57/2018

**APÊNDICE W: RESUMO – V COLÓQUIO LUSO-BRASILEIRO**



### Resumo

**Introdução.** O Aleitamento Materno (AM) define os *Mamalia* como alimento espécie-específico. Recomendado por organizações internacionais é meta a dilatar em Portugal (1). O movimento *baby-friendly* desperta nos Centros de Saúde e a UNICEF define sete passos. O segundo passo considera a formação da equipa multidisciplinar (2). **Objetivo.** Descrever as atitudes e conhecimentos face ao AM de funcionários de centro de saúde. **Método.** Estudo descritivo, quantitativo, transversal. Amostra de conveniência com 31 funcionários, de Unidade de Saúde do Litoral Alentejano, onde ocorre candidatura a unidade *baby-friendly*. Aplicou-se escala (3) traduzida e adaptada, que avalia atitudes (13 itens) e conhecimentos (7 itens). Coeficiente de alfa de Cronbach de .905. Princípios éticos acatados (i.e., Registo Universidade: 13013; Registo ACES: I29293/17/CA e I/11990/18/CETICA). **Resultados.** Ausente a distribuição normal na sub-escala de conhecimentos ( $K-S=200$ ;  $p=.003$ ), realizaram-se testes não-paramétricos. O Wilcoxon Signed-Ranks revela diferenças significativas ( $Z=-3.605$ ;  $p=.000$ ) entre as sub-escalas, com 25 funcionários pontuando mais elevado nas atitudes comparativamente aos conhecimentos (rank medio = 17.44) (figura 1). Considerando três grupos (i.e., Enfermeiros; Médicos; Outros), no teste Kruskal-Wallis, observa-se na escala de conhecimentos que entre os enfermeiros e médicos as diferenças não são significativas ( $p=.916$ ), mas ambos apresentam diferenças significativas relativamente aos Outros-Funcionários  $p<.005$  (figura 2). Contudo os enfermeiros exibem atitudes significativamente mais favoráveis relativamente aos funcionários gerais ( $p=.001$ ), mas entre médicos e outros funcionários as diferenças não são significativas ( $p=.009$ ) (figura 3). **Conclusão.** A política de AM necessita de atitudes favoráveis da equipa, independentemente do nível de conhecimentos próprios das funções profissionais.

**Palavras-chave:** aleitamento materno, atitude, atenção primária à saúde, saúde materno-infantil, nutrição da criança

**Key words:** Breastfeeding, attitude, primary health care, maternal and child health, child nutrition

### Referências

1. DGS. Registo do Aleitamento Materno. Relatório Janeiro a Dezembro 2012. Lisboa: DGS; 2013 30 May 2014.
2. UNICEF. Como pode uma unidade ser creditada Lisboa2017 [Available from: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/como-pode-uma-entidade-ser-acreditada/>].
3. Ingram J. Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *Int Breastfeed J.* 2006;1(1):9.



## **APÊNDICE X: INSCRIÇÃO NO V COLÓQUIO LUSO-BRASILEIRO**



### Detalhes da inscrição

V Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais (CLBSERS) - X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS)

#### Dados gerais

Inscrição em: V Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais (CLBSERS) - X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS)  
Email: clbsers2018@uevora.pt  
Web: <http://www.clbsers2018.uevora.pt>  
Tipo de Inscrição: Estudantes  
Estado: Aguarda pagamento  
Id: 14436  
Solicita Factura Proforma: Não  
Solicita Recibo: Sim  
Recibo/Nome: helena brito  
Recibo/NIF: [226073050](#)  
Recibo/Morada: bairro dos serrotes RC dto nr. 43  
Recibo/Observações:

#### Opções extra

Não foram escolhidas opções extra.

#### Pagamento

Valor a pagar: 50€

#### Dados de Pagamento

Banco: Santander Totta  
IBAN: PT50 0018 000339843396020 48  
SWIFT/BIC: TOTAPTPL



### Resumos / Comunicações

#### Resumos / Comunicações

Id: 5377  
Data: 2018-08-17 12:31:02  
Título: Unidade de Saúde Amiga do Aleitamento Materno. Conhecimentos e atitudes dos Funcionários  
Estado: Aceite  
Género: Comunicação Oral  
Autores: 1) Helena Brito 2) Margarida Sim-Sim  
Área: 1. Saúde e Representações Sociais  
Resumo: [Ver resumo](#)  
Notas da organização Aceite. No entanto deve ser retirada a referência à Fig. Os resumos não têm figuras.

**APÊNDICE Y: CERTIFICADO DE PRESENÇA NA CONFERÊNCIA  
INTERNACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO**



## Certificado

Certificamos que **Helena Sofia Banza Padilha Brito** esteve presente na Conferência Internacional de Aleitamento Materno 2017, realizada pela Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés (CNIAB) e pela UNICEF, que teve lugar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Pólo Artur Ravara, em Lisboa, a 29 de Setembro de 2017, bem como no Workshop "Aleitamento Materno no 1º mês de vida em CSP", com a duração total de 10 horas.

Lisboa, 16 de Outubro de 2017

Ana Jorge  
Presidente  
CNIAB

Beatriz Imperatori  
Directora Executiva  
UNICEF Portugal

© Código de Marketing de substituto do Leite Materno foi aprovado pela OMS em 1981. Lembramos a essencialidade do seu cumprimento.

Av. Art. Augusto Aguiar, 21 – 3ª Esp. - 1069-115 Lisboa  
Tel: +351 21 317 7500 Fax: +351 21 354 7913 Email: [info@unicef.pt](mailto:info@unicef.pt)