



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

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS NO  
TRABALHO DE PARTO PARA A MANUTENÇÃO DO  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

**Catarina Aniceto Branco**

**Lisboa**  
**2016**



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

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS NO  
TRABALHO DE PARTO PARA A MANUTENÇÃO DO  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

**Catarina Aniceto Branco**

Orientador: Maria João Delgado

**Lisboa**  
**2016**

Não contempla as correcções da discussão pública

O aleitamento materno é a prenda mais preciosa  
que uma mãe pode dar ao seu filho.  
Na doença ou na desnutrição, esta prenda pode salvar a vida.  
Na pobreza pode ser a única prenda.

Lawrence, 1991

A todos os que me apoiaram e motivaram. Família, amigos e colegas, pela compreensão e paciência ao longo deste período.

À Professora Maria João Delgado por todo o seu apoio, disponibilidade, paciência e ajuda na orientação deste relatório.

Ao Enfermeiro Orientador no local de Estágio com Relatório, pela partilha de conhecimentos, pela confiança demonstrada, pelo incentivo e amizade.

Sem o vosso apoio e presença na minha vida, esta etapa não teria sido alcançada.

Obrigada.

## LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AA	Aleitamento artificial
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
APA	<i>American Psychology Association.</i>
CI	Contraindicações
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
DGS	Direção Geral de Saúde
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
EEESMOG	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESMO	Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
<i>ICM</i>	<i>International Confederation of Midwives</i>
IHAB	Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés
LA	Leite Artificial
LM	Leite materno
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada na Evidência
PNS	Plano Nacional de Saúde

PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PP	Plano de parto
PR	Prática Reflexiva
RAM	Registo do Aleitamento Materno
RN	Recém-nascido
SMO	Saúde Materna e Obstetrícia
TP	Trabalho de Parto
UC	Unidade Curricular
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>

## RESUMO

A evidência científica revela os benefícios do aleitamento materno exclusivo (AME). Este é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (2010) desde o nascimento até aos 6 meses de vida do bebé, devendo-se a partir daí introduzir outros alimentos, prolongando-o até aos 2 anos ou mais. Em Portugal, verifica-se uma diminuição nas taxas de AME entre a alta da maternidade e o sexto mês de vida. O Registo de Aleitamento Materno do ano 2013 (DGS, 2014) revela uma elevada prevalência de AME à data da alta da maternidade (76,7%). Mas aos 5 meses um elevado número de abandono (22,1% de AME). Os motivos para este facto não estão completamente estabelecidos, e a sua identificação pode auxiliar na elaboração de novas estratégias que visem a manutenção do AME, havendo a necessidade de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EEESMOG) em promover o AME, dada a sua importância nos ganhos em saúde (DGS, 2013).

O trabalho de parto é um período em que o apoio é crucial para a promoção, proteção e suporte ao aleitamento materno (AM). As intervenções incluem fornecer informação ao casal, apoiar nas dificuldades identificadas e na compreensão/respostas às necessidades do bebé, na avaliação da efetividade da amamentação, devendo ser envolvidos os familiares, de forma a estimular a ajuda da rede de apoio social. Devem ser proporcionadas condições facilitadoras para o início precoce do AM, como o contacto precoce pele a pele, e o alojamento conjunto.

Este Relatório tem como objetivo dar a conhecer as competências desenvolvidas ao longo do Estágio com Relatório, em conformidade com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010a) para o perfil de competências do EEESMOG, bem como, o desenvolvimento mais aprofundado da temática dos cuidados de enfermagem especializados no trabalho de parto para a manutenção do AME. Do ponto de vista metodológico, foi usada uma prática reflexiva e baseada na evidência, assim como a metodologia de projeto.

**Palavras-chave:** EEESMOG, AME, trabalho de parto, casal

## **ABSTRACT**

The scientific evidence displays the benefits of the exclusive breastfeeding. This is recommended by the World Health Organization (WHO, 2010) since birth until the baby's six month old, from then introducing other food sources, until 2 years old or more. In Portugal, there is a decrease on the exclusive breastfeeding rates between the maternity discharges until the sixth month of life. The breastfeeding registration (2013), revealed a high prevalence at the discharge date (76,7%), but at the 5 months a high abandonment number (22,1% of exclusive breastfeeding). The reasons for this fact are not totally established, and it's identification can help in the drawing of new strategies to maintain the exclusive breastfeeding. Therefor, there is the need of the intervention by the specialist nurse in maternal health, obstetrics and gynecology (EEESMOG) in promoting the exclusive breastfeeding due to the importance and gains in health.

The labour it's a period when the support is crucial for the promotion, protection and support to the breastfeeding. The interventions aim to provide information to the couple, support on the identified difficulties and comprehension/answers to the baby's needs, on the assessment of the breastfeeding effectiveness, involving the family, to stimulate the help of the social network support. It should also generate facilitating conditions for the early implementation of breastfeeding, as well as the prompt skin-to-skin contact and rooming-in.

This report has the goal to show the competencies developed throughout the Internship with Report in conformity with the established by Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a) for the competencies profile of the EEESMOG, as well as the deep development on the theme of the specialized nursing care on labour for the exclusive breastfeeding maintenance. By the methodological point of view, it was used a reflexive practice and evidence based in the project methodology.

**Keywords:** midwife interventions, breastfeeding, labour, couple

# ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS .....	4
RESUMO .....	6
ABSTRACT.....	7
ÍNDICE.....	8
ÍNDICE DE QUADROS .....	9
INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
1.1. Aleitamento materno exclusivo .....	15
1.2. O cuidado baseado na teoria da adaptação de Callista Roy .....	21
1.3. Cuidados do EEESMO na promoção do aleitamento materno exclusivo .....	24
2. PROCESSO METODOLÓGICO.....	33
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....	37
3.1. Competências técnico-científicas e relacionais do EEESMOG no cuidado à família durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando a saúde da parturiente, do casal e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, em contexto hospitalar de sala de partos.	38
3.2. Competências técnico-científicas e relacionais no cuidado de Enfermagem especializado em ESMO ao casal durante o TP para a manutenção do AME até aos 6 meses.....	52
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Apresentação da questão de investigação (metodologia PICo).....	34
Quadro 2 – Descritores utilizados por bases de dados .....	35
Quadro 3 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos selecionados .....	36
Quadro 4 – Resultados da pesquisa.....	36
Quadro 5 – Características dos partos vaginais e intervenções realizadas.....	50





## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 5º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), realizado numa Maternidade do distrito de Lisboa, que contribuiu com 30 ECTS e um total de 750 horas, sendo 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e as restantes de trabalho autónomo.

Este Relatório e a sua discussão pública têm como finalidade constituir um elemento da minha avaliação da UC e, a obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) e o grau de Mestre em Enfermagem. O objetivo deste relatório é apresentar o percurso do desenvolvimento tanto das competências previstas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG), como dos objectivos preconizados no Plano de estudos do CMESMO da ESEL e dos objectivos traçados no meu Projeto de Estágio.

Este tem em conta as linhas orientadoras do plano de estudos do CMESMO da ESEL e as competências do EEESMOG, referenciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a) e pela *International Confederation of Midwives (ICM, 2013)*. A elaboração formal deste relatório teve por base o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações - Norma da *American Psychology Association* (Godinho, 2014).

O EEESMOG assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2010a).

Recorrendo às competências essenciais para a prática básica das parteiras, em Portugal a actividade profissional de parteira é exercida pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (de



acordo com a Lei nº 9/2009 de 4 de Março).

No âmbito dos Cuidados durante o TP, mencionados na competência IV, *“as Parteiras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.”* (ICM, 2010, p.14).

Os cuidados do EEESMOG podem contribuir para a promoção da saúde da população e para os ganhos em saúde (OE, 2013). Neste contexto, senti a necessidade de abordar e refletir sobre a Manutenção do AME, pois apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), em Portugal verifica-se uma diminuição acentuada nas taxas de AME entre o momento da alta da maternidade e o sexto mês de vida do bebé.

O Registo do Aleitamento Materno divulgado pela Direcção Geral de Saúde (DGS, 2013) revelou uma elevada prevalência de AME à data de alta (76,7% em Hospitais e 78,8% em Hospitais Amigos dos Bebés). Contudo, um elevado número de mães começa a abandonar o AME a partir da 5<sup>a</sup>/6<sup>a</sup> semana, sendo que aos 2 meses apenas 51,6% de AME, aos 4 meses 35,0%, e aos 5 meses 22,1%.

Os motivos pelos quais ocorre este facto ainda não estão completamente estabelecidos, sendo que a sua identificação pode auxiliar na elaboração de novas estratégias de intervenção do EEESMO que visem a manutenção do AME, dada a sua importância nos ganhos em saúde (DGS, 2013). Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem ter a preocupação em promover o AM, devendo informar e aconselhar todas as mães (Levy & Bértolo, 2012). Daqui advém a necessidade sentida de promover o AME e o desejo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

O apoio realizado no AM é contemplado enquanto procedimento básico executável pelo EEESMO e, sendo este cuidado uma competência do EEESMOG, torna-se uma questão de reflexão sobre a ação, sendo pertinente procurar a evidência científica referente ao seu contributo para a manutenção do AME até aos 6 meses de idade. Para tal, foi construída a seguinte questão de investigação:



## QUAIS AS INTERVENÇÕES DO EEESMO AO CASAL DURANTE O TP QUE PODEM CONTRIBUIR PARA A MANUTENÇÃO DO AME?

Relativamente ao desenvolvimento de competências em contexto da prática, foi mobilizado o Modelo Adaptativo de Callista Roy. Este Modelo de Enfermagem tem como objetivo ajudar as pessoas a adaptarem-se às mudanças que ocorrem nas suas necessidades, desempenhando um papel único, como facilitador de adaptação, valorizando o comportamento dos modos de adaptação e intervenção na manipulação de estímulos (Pagliuca, Rodrigues & Silva, 2004). A utilização desta Teoria possibilita a identificação e determinação de aspectos relevantes do processo de AM, onde diversos estímulos (*input*), provenientes dos ambientes internos ou externos, confrontam as mães, sendo por isso que, o ato de amamentar apresenta aspectos que necessitam de ser trabalhados e ultrapassados.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento de competências de EEESMO, foram a Prática baseada na evidência (PBE) e a Prática reflexiva (PR). A PBE usando consciente e criteriosamente a melhor evidência para tomar decisões sobre os cuidados prestados. Foi realizada uma revisão da literatura baseada na questão PICO, com recurso aos motores de busca EBSCOhost e Science Direct, com seleção das bases de dados CINAHLplus, MEDLINEplus. A PR permitiu refletir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática dos cuidados contribuindo para o desenvolvimento de competências especializadas.

Deste modo, os objetivos traçados foram:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais do EEESMOG no cuidado à família durante o TP, efectuando o parto em ambiente seguro e otimizando a saúde da parturiente, do casal e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina, em contexto hospitalar de sala de partos.
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais no cuidado de Enfermagem especializado em ESMO ao casal durante o TP para a manutenção do AME até aos 6 meses.

Este Relatório encontra-se dividido em 4 capítulos. Inicia-se com o enquadramento conceptual, onde exploro a filosofia de cuidados e conceitos



que contribuem para a clarificação da temática, assim como, as competências do EEESMOG. Seguidamente explicito o processo metodológico adotado para alcançar a finalidade e objetivos propostos. No terceiro capítulo será apresentada a análise das competências de EEESMOG desenvolvidas explicitando o percurso de aprendizagem. Finaliza-se com as considerações finais, visando os resultados face aos objetivos delineados e a apresentação de algumas sugestões.



## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo foi elaborado para a compreensão da justificação da temática e o enquadramento das competências do EEESMOG. Assim como, o quadro conceptual que suporta o desenvolvimento de competências e a elaboração do relatório.

### 1.1. Aleitamento materno exclusivo

Segundo a *Innocenti Declaration* para a promoção, proteção e suporte do AM (1990), o AME deve ser mantido até aos 6 meses de vida pois traz benefícios, para a mãe e para o filho, bem como benefícios socio-económicos, sendo por isso um ato que deve ser promovido.

Em 2004, o AM foi considerado uma questão relevante, tendo sido incluído no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) 2008-2012 (DGS, 2009), com o objetivo de que, em 2010 mais de 50% das mulheres amamentassem exclusivamente os seus filhos até aos 3 meses de idade.

Atualmente, o PNSIJ 2012-2016, mantém o AM como um indicador de ganhos em saúde na população (DGS, 2013). O Programa contempla intervenções para a promoção do AME até aos 6 meses de idade, entre as quais se destacam: avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil utilizando as novas curvas de crescimento propostas pela OMS (2002) que traduzem o crescimento mais próximo ao ideal com AME até aos 6 meses de idade; a correta diversificação alimentar e cuidados de saúde adequados; a rede de cantinhos da amamentação; a divulgação do Código Internacional de Marketing de substitutos do leite materno (LM) (DGS, 2008); a conciliação do AM com a atividade profissional (DGS, 2013).

Este ideal pode ser alcançado através da criação de um ambiente adequado de consciencialização e apoio. Neste sentido, devem ser feitos esforços para aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de amamentar. Essa capacitação, como refere a *United Nations Children's Fund (UNICEF, 2002)*, envolve a remoção de constrangimentos e influências que



manipulam as percepções e comportamentos em relação ao AM, muitas vezes por meios subtis e indiretos.

Para clarificar os conceitos utilizados no relatório, torna-se importante conhecer as definições adotadas pela OMS, reconhecidas mundialmente. Considera-se AME quando a criança recebe somente LM, direto da mama ou extraído, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de rehidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Também se considera a “administração de LM por copo ou colher, e eventualmente por biberão ou sonda” (OMS, 2007).

Desde 1991, a OMS, em associação com a *UNICEF*, tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o AM. Deste modo, as recomendações da OMS (2001a) relativas à amamentação são as seguintes:

1. As crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Ou seja, até essa idade, o bebé deve tomar apenas leite materno e não deve ser oferecido nenhum outro alimento complementar ou bebida.
2. A partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno.
3. As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade.

A primeira premissa necessária para o AM é a vontade da mãe em amamentar. O interesse do casal e o incentivo da família são muito importantes para que haja sucesso no AME (Murray et al, 2005), deste modo, a percepção do AM na sociedade e o apoio ao AM são fulcrais (Redshaw & Henderson, 2010).

Para que possa existir amamentação é necessário existir uma aceitação mútua entre mãe e filho, amor, carinho, disponibilidade e entrega total por parte da mãe, para que o fenómeno da secreção láctea seja eficaz (Pereira, 2006).

A lactação depende de um balanço delicado entre diversas hormonas e requer uma integridade funcional do eixo hipotálamo-hipofisário. A sua



manutenção requer a sucção mamilar periódica, e o esvaziamento repetido dos ductos e alvéolos (Graça, 2010). Quando um bebé suga, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega uma hormona chamada ocitocina. Esta produz a contracção das células musculares, ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos fazendo com que o leite colectado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo. Chama-se a isto reflexo da ocitocina ou reflexo de ejeção (Levy & Bértolo, 2012).

De acordo com Galvão (2006) o período em que ocorre a libertação de ocitocina é crítico para o estabelecimento do vínculo afectivo entre mãe e RN. Quando o reflexo de ocitocina não funciona adequadamente, o RN pode ter dificuldades em mamar, ficando a mãe com a percepção que as mamas deixaram de produzir LM. No entanto, o que acontece é que este deixa de fluir. Assim, para o prevenir, a mãe necessita de estar próxima do seu filho, para entender as suas necessidades (Gonzalez, 2009).

O AM para além de fortalecer o vínculo afectivo entre mãe e filho (UNICEF, 2012), apresenta outros benefícios. Para a mãe são: diminuição da hemorragia pós-parto e involução uterina mais rápida; diminuição do risco de contrair cancro da mama, do útero e do ovário; recuperação mais rápida do peso pré-gestacional; prevenção da osteoporose; experiência única de amamentar, favorecendo a aquisição do papel maternal. Para o bebé são: menor incidência e menor gravidade de doenças infecciosas; diminuição da mortalidade infantil pós-neonatal; diminuição da taxa de Síndrome de Morte Súbita; menor incidência de diabetes, linfoma, leucemia e doença de Hodgkin; menor risco de obesidade, hipercolesterolemia, alergias e doenças respiratórias; melhor desenvolvimento cognitivo; melhor desenvolvimento dos maxilares e diminuição do desalinhamento dos dentes (Gonzalez, 2009; Levy & Bértolo, 2012).

Ao nível familiar e social é benéfico uma vez que é mais económico, está sempre pronto a utilizar, sem necessidade de utilizar biberão ou outros produtos, diminui os gastos em cuidados de saúde, diminui o absentismo laboral dos pais devido a doenças dos filhos e diminui o impacto ambiental



(Gartner et al. *citado por* Lowdermilk & Perry, 2008; Gonzalez, 2009; Levy & Bértolo, 2012).

As contraindicações (CI) do AM podem ser temporárias ou definitivas. As temporárias, referem-se a situações em que as mães sofrem de doenças infecciosas como a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou quando têm de tomar medicação imprescindível como a amiodarona. As mães poderão voltar a amamentar assim que tiverem a situação resolvida. Enquanto isso, o bebé tem de ser alimentado com leite artificial (LA), e a mãe deverá estimular a produção de leite durante o período em que não amamenta (Levy & Bértolo, 2012).

As CI definitivas relacionam-se com patologias maternas graves, crónicas ou debilitantes (como por exemplo infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana) ou quando necessitam de medicação nociva para o bebé (exemplo: citostáticos); ou patologias do bebé (como doenças metabólicas raras: fenilcetonúria e galactosemia em que a metabolização da galactose fica comprometida) (Gonzalez, 2009; Levy & Bértolo, 2012).

Numa abordagem sintética, pode-se constatar que as decisões das mulheres podem ser determinantes na maioria das situações, mas existe um conjunto de raras exceções em que o AM não é possível ou é contra-indicado, como já referido anteriormente.

O AM depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, alguns se relacionam com a mãe, como as características da sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar (Leite, 2010). O início e a duração do AM são influenciados negativamente pela insegurança das mulheres e a sua aptidão em amamentar (Meedya, 2010) e positivamente pela intenção (Kuo et al., 2008), decisão (Shaker, Scott & Reid, 2004; Galvão, 2006), decisão quanto à duração (Chaves, Lamounier & César, 2007), motivação e comodidade em amamentar (Brodrribb et al., 2007).

Outros fatores referem-se ao RN e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como a atividade laboral materna e as condições habituais de vida (Leite, 2010).



No início da amamentação podem surgir dificuldades, principalmente quando a mãe está a amamentar pela primeira vez. Essas dificuldades podem estar relacionadas com (Gonzalez, 2009; Levy & Bértolo, 2012):

1. Mamas muito cheias e dolorosas (ingurgitadas);
2. Bloqueio dos ductos;
3. Mastite;
4. Mamilos dolorosos e/ou gretados;
5. Mamilos planos e invertidos: dificultam a pega e a adaptação do bebé à mama, dificultando a amamentação.

Estas situações podem provocar desconforto/dor, podendo levar ao abandono do AM. A mãe deve ser capacitada sobre como actuar nestas situações de modo a que sejam prevenidas ou ultrapassadas, sendo prestado o apoio instrumental necessário (Gonzalez, 2009). É importante que a mãe amamente logo após o nascimento (durante a primeira hora) estimulando o início do AM e a sua manutenção, evitando o uso de tetinas e de chupetas, no sentido de promover uma boa pega (Levy & Bértolo, 2012).

A OMS (2001) salienta que apesar do AM ser de amplo conhecimento, ainda existem fatores, que impedem o seu efetivo desenvolvimento, tais como a atuação dos serviços de saúde, a educação materna, a classe económica, as crenças, o apelo da indústria para uso de produtos alimentícios específicos para RN e tetinas/mamilos, além do regresso precoce das mães ao trabalho.

O internamento do RN em Neonatologia ou o regresso ao trabalho constituem fatores determinantes para o abandono do AM e cabe aos profissionais de saúde munir as mães de conhecimentos capazes de agir de modo a atingir os objetivos propostos pela OMS (Levy & Bértolo, 2012).

Um estudo no qual foi avaliado o impacto do incentivo ao AM em mulheres trabalhadoras revelou que existindo apoio e incentivo não se observa diminuição do AME com o regresso ao trabalho (Brasileiro, Possobon, Carrascoza, Ambrosana & Moraes, 2010).

Em 1992, a OMS e a *UNICEF* lançaram um programa mundial de promoção do AM, a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB). Esta foi decidida com base em resultados de investigação científica que apontavam os benefícios do AM para a saúde da criança e da mãe, e dirige-se ao momento considerado



mais crítico para o sucesso de uma boa amamentação, o período de internamento por ocasião do parto.

A IHAB tem por objectivo a promoção, proteção e apoio ao AM através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, mediante a adopção das "Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés" (UNICEF, 2012a):

1. Ter uma política de promoção do AM escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do AM.
4. Ajudar as mães a iniciarem o AM na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao RN nenhum outro alimento ou líquido além do LM, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a amamentação.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao AM, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

A evidência científica refere que o AM na primeira hora de vida tem influência na redução da taxa de mortalidade neonatal (UNICEF, 2012b; Oddy, 2013). A OMS por meio da IHAB recomenda colocar os bebés em contato pele a pele das suas progenitoras imediatamente após o parto e pelo período mínimo de uma hora, ajudando as mães a reconhecer a altura em que os seus filhos estão prontos para iniciar o AM. A relação positiva entre o início da amamentação na primeira meia hora de vida e o sucesso no AM, favorecem também a vinculação mãe-filho indispensável ao saudável desenvolvimento da criança (Monteiro, Nakano & Gomes, 2006a).



Neste sentido, apesar das vantagens do AM serem reconhecidas, especialmente do ponto de vista nutritivo e imunológico pelas mães, um grande número destas acaba interrompendo precocemente devido a problemas ligados à fase inicial.

## 1.2. O cuidado baseado na teoria da adaptação de Callista Roy

A Teoria de Roy constitui um modelo conceptual para a prática de Enfermagem, em que a pessoa é apresentada como um sistema aberto, com entradas, saídas, controle e retroalimentação. A pessoa é vista, como um sistema adaptativo que possui quatro elementos (Roy & Andrews, 1999):

- *Input* ou estímulos: provenientes do ambiente interno ou externo, que confrontam a pessoa e exigem uma resposta. Podem ser: focais (que confrontam imediatamente a pessoa); contextuais (todos os outros estímulos presentes na situação e que, contribuem para o efeito do estímulo focal); e residuais (estímulos presentes ou não na pessoa, relevantes na situação, mas cujos efeitos são indefinidos).
- Controlos: mecanismos de *coping* ativados por estímulos. Podem ser *inatos* ou *adquiridos*, para responder às mudanças do ambiente.
- *Output*: respostas (adaptativas ou ineficazes). As adaptativas são todas aquelas que promovem a integridade da pessoa, em termos de metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle; e as ineficazes são as que interrompem esta integridade ou não contribuem para ela.
- *Feedback* ou retroalimentação: retorno de informações.

Os controlos ou mecanismos de *coping* são categorizados em dois subsistemas maiores, e irão desencadear respostas (*output*):

- Regulador: recebe estímulos provenientes do meio interno da pessoa, e automaticamente processa respostas por meio dos sistemas, químico, neuronal e endócrino;
- Cognoscente: recebe estímulos, tanto do ambiente interno quanto do externo, e a eles responde por meio de quatro canais cognitivo-emocionais: perceptual/processamento de informações; aprendizagem; julgamento; e emoção.



Apesar de os processos cognoscente e regulador serem essenciais para a resposta adaptativa da pessoa, não são diretamente observáveis, pois apenas as respostas podem ser observadas.

Roy identificou quatro modos adaptativos ou categorias para a investigação dos comportamentos: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência. Destaca-se, aqui, o modo de função do papel, que identifica os padrões de interação social da pessoa em relação aos outros, refletidos pelos papéis primário, secundário e terciário (Roy & Andrews, 1999).

O Papel primário determina a maioria dos comportamentos que a pessoa adquire durante determinado período da vida. É definido pela idade, sexo e estágio desenvolvimental.

O Papel secundário é aquele que a pessoa assume para completar a tarefa do estágio desenvolvimental do papel primário, por exemplo, para os homens: papel de marido, pai ou provedor da casa; para as mulheres: papel de esposa, mãe, dona de casa e trabalhadora.

O Papel terciário está relacionado primariamente ao papel secundário. Este papel é normalmente temporário e, de livre escolha pelo indivíduo, e nele podem estar incluídas atividades como passatempos. Neste, percebem-se atividades associadas à tentativa de distração e de adaptação às limitações e mudanças ocasionadas por situações diversas. Neste, percebe-se, também, uma espécie de fuga.

Roy aplicou a sua metodologia com base num processo de Enfermagem, cuja forma particular de desenvolvimento das actividades foi posta em prática pelo método de resolução de problemas, com a intervenção de enfermeiros. Estes ao analisarem os comportamentos do cliente, tentam compreender como este reage aos diversos estímulos aos quais está exposto, de forma a alterar comportamentos mal adaptativos levando à mudança nas habilidades adaptando-se favoravelmente à saúde, ou seja, ocorrendo ampliação da zona de adaptação.

Através da observação dos comportamentos das pessoas em relação aos modos adaptativos, a enfermeira pode identificar respostas adaptativas ou ineficientes em situação de saúde e de doença. A enfermeira durante a prestação de cuidados ao transmitir segurança emocional, atenção e apoio ao



cliente, permite que este desenvolva mecanismos de *coping* positivo para o seu bem-estar. Nesse sentido, o processo de enfermagem auxilia os clientes a enfrentarem e a superarem os problemas de adaptação, e a adequarem-se melhor à nova condição permitindo-lhes um tratamento mais eficaz e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

No AM, diversos estímulos (*input*), provenientes dos ambientes internos ou externos, confrontam as mães, podendo o ato de amamentar apresentar dificuldades que necessitam ser enfrentadas e ultrapassadas. Um exemplo de estímulo focal é o próprio bebê, que intensifica a produção de hormonas, como a prolactina e a ocitocina, e conseqüentemente, promove o amadurecimento das glândulas mamárias e a “descida” do LM (Gradim, Faria, Magalhães & Arantes, 2011). Esta “descida” e saída do LM, na concepção de muitas mães, é um processo incómodo e doloroso, podendo assim, enfrentá-lo de forma ineficaz, desencadeando o desmame precoce. Neste contexto, o enfermeiro deve observar as dificuldades no AM durante a fase de “descida” e saída do LM e prestar o apoio necessário à mãe para que esta desenvolva mecanismos de *coping* positivo e ultrapasse esta fase adaptando-se de forma eficaz mantendo a lactação.

Um exemplo de estímulo residual refere-se à história pregressa das mães quanto à necessidade do uso de biberões e chupetas e, a própria situação socioeconómica atual. A cultura da amamentação foi interrompida pelo "desmame comerciogénico" e a alimentação por biberão passou a ser considerada como natural. Fatores macroeconómicos e sociais, como a crescente urbanização da população mundial, a entrada do sexo feminino no mercado de trabalho e o movimento pela igualdade entre os géneros e pela libertação da mulher, consubstanciados no movimento feminista, contribuíram também para a adoção do aleitamento artificial (AA) (Camacho, Oliveira, Santos & Souza, 2010).

O processo de AM ativa os dois mecanismos de *coping* do modelo adaptativo: o regulador, trazendo como resposta a própria lactação e a “descida” do LM e, o cognoscente, que ativa na mãe o processamento de informações e de aprendizagem sobre o AM; o julgamento de amamentar ou não, e a emoção diante do momento desencadeando, assim, sentimentos



positivos ou negativos. Este *coping* pode desencadear respostas adaptativas, como a aceitação e o prazer em amamentar, ou respostas ineficazes, que interrompem, ou não contribuem para este processo, prejudicando o AM, como acontece com as mães que não podem ou não aceitam amamentar.

Neste sentido, é necessário que a enfermeira estabeleça uma relação de empatia com a mãe que amamenta, fazendo-a sentir-se bem, confortável e com confiança suficiente na sua capacidade de amamentar, evitando assim alguns conflitos (Levy & Bértolo, 2012).

Os cuidados do EEESMO no âmbito do AM, devem ir além dos procedimentos e das intervenções técnicas. O cuidado deve ser integral e a avaliação da mulher/casal deve ser completa, pois todos os factores alteram diretamente o processo de amamentar.

A aplicação deste Modelo permite aos profissionais identificarem os estímulos, os mecanismos de controlo e *coping*, bem como as respostas comportamentais diante das situações. A intervenção de Enfermagem, assim, está focada em promover níveis de adaptação positivos, trazendo bem-estar e satisfação aos casais de modo a que o AM seja mantido.

### **1.3. Cuidados do EEESMO na promoção do aleitamento materno exclusivo**

No sentido de basear a minha prática na evidência, este capítulo visa dar resposta à pergunta PICO a partir da revisão da literatura realizada. Constatei que o sucesso no AM contribui para o bem-estar materno/RN e o contributo dos cuidados do EEESMO pode ocorrer em diferentes momentos e contextos, com recurso a estratégias diversificadas, abordando multiplicidade de assuntos. Em termos educacionais e de sensibilização, a intervenção deve iniciar-se o mais precocemente possível sendo a família e a escola um local de eleição.

O efeito cumulativo de intervenções educativas e de apoio para promover o AM parecem ter efeitos positivos no seu início, prevalência e duração. As intervenções no período pré e pós-natal são mais eficazes que somente num dos períodos (Chung, Raman, Trikalinos, Lau & Ip, 2008). Nakano, Reis,



Pereira & Gomes (2007) constataram que os profissionais de saúde assumem um papel normalizador e regulador das práticas de AM, sendo considerados autoridades para o estabelecimento do padrão de alimentação do RN. São intervenções educativas, baseadas na transmissão de conhecimentos, visando enquanto tal, o desenvolvimento de competências cognitivas. O enfoque das intervenções incide sobre os benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos para a criança, baseados em justificações científicas.

Os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada para proporcionar apoio emocional, instrumental, informativo e social às mães que amamentam. No entanto, também podem influenciar negativamente quando proporcionam informações inadequadas, contraditórias e pouco precisas, sendo frequente apresentarem conhecimentos insuficientes relativamente ao AM (Moran, Dykes, Edwards, Burt & Whitmore, 2004). A qualidade das relações multiprofissionais influencia a eficácia das intervenções, sendo mais eficaz quando os profissionais trabalham conjuntamente e possuem relações fortes, assumindo um papel facilitador e partilhando as experiências (Hoddinott, Pill & Chalmers, 2007).

Segundo Chung et al. (2008), no que se refere aos intervenientes, o efeito positivo foi observado quando a intervenção era efectuada por conselheiras em AM. Para Dusdierker, Dungy & Losch (2006) as parteiras são o grupo profissional que proporciona mais informação, aconselhamento e apoio, comparativamente com outros profissionais de saúde.

As enfermeiras são um recurso importante na promoção, proteção e suporte do AM, e a sua formação especializada contribui positivamente para atitudes de aceitação das opções das mulheres, constituindo um recurso reconhecido, devendo a intervenção ocorrer ao longo do ciclo gravídico, parto e após o parto. Neste sentido, o EEESMOG é um profissional habilitado e com competências técnico-científicas e relacionais para a prestação de cuidados capacitada, realizando um atendimento de forma integrada não só em relação à mulher, mas também à sua família e à comunidade, promovendo a efetivação dos cuidados primários, secundários ou terciários.

Para Levy e Bértolo (2012) existem três oportunidades preferenciais para a promoção do AM. A primeira oportunidade deve iniciar-se nos primeiros meses



da gravidez. No entanto, os encontros mais específicos devem ocorrer no último trimestre, onde se discute o regime alimentar do RN, avalia-se a motivação para amamentar, os conhecimentos, as crenças, e desmistificam-se mitos. Bueno e Teruya (2004) corroboram esta perspectiva e, consideram que as mulheres têm dúvidas e sentem-se inseguras relativamente ao AM.

A formação e as políticas das instituições são elementos a considerar nos programas de AM. Programas de intervenção nos cuidados de saúde primários, sustentados em medidas idênticas às medidas da IHAB, têm efeitos na proporção de crianças amamentadas e na duração do AM (Lana, Lamounier e César, 2004), e na prevalência do AME (Couto de Oliveira, Camacho & Souza, 2005), verificando-se uma maior satisfação entre as mulheres.

A segunda oportunidade para a promoção do AM está relacionada com o estabelecimento da lactação, sendo fundamental o cuidado do EEESMO durante o internamento. Esta foi a oportunidade preferencial tendo em conta o âmbito do Estágio com Relatório, nomeadamente em contexto de Sala de partos. Por este motivo, será abordada mais aprofundadamente no capítulo.

A terceira oportunidade para a promoção do AM relaciona-se com a sua manutenção e ocorre após a alta hospitalar. É um período crítico, sobretudo nos primeiros quinze dias, em que a mulher deixa um ambiente seguro, com uma rede de profissionais que podem intervir na capacitação e ajuda, para regressar a um ambiente em que terá que resolver as necessidades de forma autónoma (Levy & Bértolo, 2012).

Relativamente à segunda oportunidade, o TP é um período em que o apoio do EEESMO é crucial para a promoção, proteção e suporte ao AM. O TP é o processo fisiológico pelo qual o feto é expelido do útero para o mundo externo, sendo definido como contracções uterinas que resultam em apagamento e dilatação cervicais progressivos, frequentemente acompanhados por uma descarga vaginal sanguinolenta chamada de sinal de parto que resulta no nascimento do bebé (Gabbe et al, 2015).

O TP é dividido em 4 estádios, sendo o primeiro dividido em fase latente e fase activa, desde o início do TP até à dilatação cervical completa. O estágio 2 decorre desde a dilatação cervical completa até ao nascimento do feto. O estágio 3 decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta. O



quarto estágio dura em geral cerca de 2 horas após a expulsão da placenta, é o período de recuperação imediata em que a homeostase da mulher se restabelece (Lowdermilk, 2006).

O AM e o cuidado da mãe ao seu RN podem ser influenciados pelas vivências durante a prestação de cuidados à mulher durante o TP e parto. Alguns cuidados podem facilitar no início do AM, entre os quais se destacam, o apoio emocional; a liberdade de movimentação; o estímulo ao parto normal; o contato precoce pele a pele imediatamente após o nascimento na primeira hora de vida. O encorajamento da mãe e a oferta de ajuda, quando necessário, são intervenções que fazem com que a mulher se sinta no controle da situação, iniciando assim, o AM com mais segurança (Ministério da Saúde citando *UNICEF*, 2009).

O apoio de um acompanhante durante o TP pode reduzir a percepção de dor/stress, diminuindo a necessidade de intervenções médicas. O auxílio e o encorajamento à mobilidade que o acompanhante pode proporcionar, aumentam a confiança da mãe. Exigir que a mãe fique deitada durante o TP e parto, a falta de incentivo e liberdade para comer ou beber, separar a mãe do RN e principalmente intervir com cuidados de rotina desnecessários, como monitorização fetal contínua, punção venosa, analgésicos sedativos e episiotomia, podem prejudicar o contato imediato entre a mãe e o RN, dificultando o início do AM (Ministério da Saúde citando *UNICEF*, 2009).

Os analgésicos recebidos pela mãe durante o parto podem causar diminuição do reflexo de sucção do RN, já que podem deixá-lo mais sonolento, diminuindo assim a ingestão de LM e aumentando o risco de icterícia, hipoglicemia e baixo ganho de peso. Geralmente, os RN de mães que não receberam sedação durante o parto, apresentam logo após o nascimento um estado tranquilo de alerta de cerca de quarenta minutos (Pillegi, Policastro, Abramovici, Cordioli & Deutsch, 2008). O EEESMO deve proporcionar apoio contínuo durante o parto e promover técnicas não farmacológicas de alívio da dor, pois deste modo as grávidas apresentam menor necessidade de analgésicos e ficam mais satisfeitas com a experiência (FAME & APEO, 2009).

Durante o 3º e 4º estágio, as intervenções incluem ajudar nas dificuldades identificadas e na compreensão do comportamento do RN, responder às



necessidades, avaliar a eficácia do AM, e prestar apoio instrumental, devendo ser envolvidos os familiares, de forma a estimular a ajuda da rede de apoio social (Carvalho & Tamez, 2010). Deve ainda proporcionar condições facilitadoras para o início precoce do AM, como por exemplo, o contacto precoce pele a pele, e o alojamento conjunto (Bueno & Teruya, 2004). A realização do contato precoce pele a pele e do AM na 1ª hora de vida implica respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher/casal, considerando o cuidado centrado na mulher, no RN e sua família. Cada parto é único, e a individualidade de cada mulher deve ser respeitada.

A *UNICEF* (2009) preconiza que o contacto pele a pele deve ocorrer imediatamente após o parto, sem interrupções por pelo menos uma hora e sem cobertas ou roupas entre a mãe e seu RN saudável, após o mesmo ser secado rapidamente, uma vez que o RN tende a ficar alerta logo após o nascimento e posteriormente dormir por longos períodos (Pillegi et al., 2008; *UNICEF*, 2009), o que passa a dificultar o estabelecimento do contato (Monteiro, Gomes, & Nakano, 2006b).

O contacto pele a pele, para além de auxiliar na prática da amamentação na primeira hora de vida (Monteiro et al., 2006b; *UNICEF*, 2009) está associado a uma melhor interação entre a díade e fortalecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o RN (Monteiro et al., 2006b; Pillegi et al., 2008; *UNICEF*, 2009); a maior duração do AM (Moore, Anderson, Bergman & Dowswell, 2012) e do AME (Silva, Albernaz, Mascarenhas & Silveira, 2008); níveis mais altos de glicémia; melhor controlo da temperatura do RN e o desaparecimento do choro do RN (Moore et al., 2012). Este contacto, mesmo que tardio, deve ser incentivado. Quando impossibilitado imediatamente após o parto por intercorrências da mãe ou do RN, deve ser realizado assim que ambos estiverem estáveis (*UNICEF*, 2009).

Após o nascimento a mãe tem condições de sustentar física e psiquicamente o RN, acolhendo as suas emoções e mostrando o ambiente acolhedor e protector que o mundo pode ser. Entre outros profissionais de saúde que podem realizar essa aproximação, destacam-se os enfermeiros que têm várias oportunidades de contato com as grávidas, mães ou bebês, nos diferentes níveis de atenção à saúde (Silvestre, 2008).



Murray et al., (2005) afirmam que, a primeira mamada deve ser feita com privacidade, quando o RN estiver receptivo, e após a mãe e o RN estarem confortáveis. A ajuda de um profissional experiente é muito útil neste momento. Pode-se oferecer uma rápida explicação sobre a importância do posicionamento correto e do conceito de oferta e procura antes de a mãe posicionar o bebê apropriadamente na mama. O profissional deve preparar e apoiar as mães quanto às técnicas e posições corretas, sendo o seu apoio fulcral para a manutenção do AM (Redshaw & Henderson, 2010).

A preocupação da OMS (2009) é de reduzir os altos índices de desmame precoce, por meio de mobilização e consciencialização dos profissionais de saúde, sendo necessárias mudanças de rotina direcionando crucialmente ao incentivo do AM na primeira hora de vida e dando continuidade ao longo dos meses.

O EEESMO deve então atuar para que o AM ocorra na primeira hora de vida (FAME & APEO, 2009) contribuindo para a manutenção do AME, proporcionando esse momento de suma importância para o RN e para a mãe criando um vínculo familiar. O uso de LA deve ser evitado (Bradshaw, Mcallister & Ross-Adjie, 2009), excepto segundo indicação médica, em consonância com o passo seis da IHAB.

É importante evidenciar que no âmbito da saúde os profissionais desta área são fundamentais para a consciencialização da importância do AME, pois são eles que transmitem a informação necessária para a promoção precoce e correta do AM.

É necessário aprofundar a investigação das causas que levam ao abandono do AME, podendo assim traçar estratégias que contribuam para reverter a situação, como também, promover condições para que o AM se inicie o mais precocemente possível, na primeira hora de vida em contexto de sala de partos (Pereira, 2007).

O EEESMO também é responsável pela formação da equipa de saúde capacitando-a para o apoio e incentivo ao AM. A existência de profissionais de enfermagem formados e disponíveis permanentemente para orientar e apoiar as mães nas questões do AM, e cumulativamente a disponibilidade de informação escrita, tem efeitos positivos no AME (Coutinho, Lira, Lima &



Ashworth, 2005).

Pereira (2006), relativamente à intervenção relacionada com a pega correcta na primeira mamada, verificou que tinha efeitos positivos na duração do AME, misto e total.

A OMS (2009) ressalta que, apesar das abundantes evidências científicas da superioridade do LM sobre outros tipos de leite, ainda é baixo o número de mulheres que amamentam os seus filhos de forma exclusiva até os seis meses de vida e complementar até 24 meses de idade ou mais.

Vários autores avaliaram o efeito das intervenções das medidas da IHAB, no início e duração do AM. Referem que a quantidade de rotinas hospitalares e as lacunas de conhecimentos dos profissionais podem ter efeitos negativos na implementação do AM. As medidas dão prioridade à mudança de atitudes dos profissionais com vista a favorecerem o AM evitando o desmame precoce.

As crianças nascidas em Hospitais amigos dos bebés têm maior probabilidade de serem amamentadas ou amamentadas em exclusividade durante mais tempo, mesmo quando os hospitais não cumprem a totalidade das medidas (Caldeira & Gonçalves, 2007; Sena, Freitas da Silva e Pereira, 2007; Hannula, Kaunonen e Tarkka, 2008; Mydlilova, Sipek e Vignerova, 2009).

A importância da IHAB, é vista como ferramenta na promoção, proteção e suporte ao AM, onde o EEESMO tem um papel crucial, na medida em que atua na inconsistência e ambiguidade das atitudes de alguns profissionais de saúde e, por vezes, nas suas lacunas de formação e rotinas rígidas como a primeira mamada tardia, a amamentação com horários rígidos, a inclusão de substâncias doces na dieta dos lactentes ainda antes da primeira mamada, nos intervalos das mamadas ou ainda com substitutos do AM, devido ao recurso demasiado fácil a leites de fórmula e a suplementos ou alimentos alternativos (Darbyshire, Pincombe & Reddin, 2006).

É necessário, ter como fundamentação o conhecimento científico atualizado, para o desenvolvimento de uma prática de cuidados que promova o AM e previna o seu desmame precoce (Gaíva & Medeiros, 2006) sendo fundamental o apoio e suporte na lactação (Dann, 2005).

O EEESMOG responsável por intervenções autónomas no parto normal e nos cuidados ao RN saudável, deve estar capacitado para a implementação de



intervenções, tendo uma atitude positiva e colocando em prática as suas competências e habilidades direcionadas à prática do AM (Monte, Leal & Pontes, 2012) sendo o seu discurso central na moldagem das experiências da mulher (Bartlett & Shaw, 2011 citando Stearns, 2010, p.11).





## 2. PROCESSO METODOLÓGICO

Foi adotada a metodologia de trabalho de projeto realizada na UC Opção no 1º semestre do 1º ano do CMESMO, suportada na PBE e na PR. De acordo com Ferreira (2009), a metodologia de trabalho de projeto consiste numa forma de conceber, de organizar e de intervir no processo de ensino-aprendizagem.

O contínuo desenvolvimento do conhecimento na área da saúde exige a atualização permanente do conhecimento científico, pelo que a procura de evidência científica revela-se essencial na prática de cuidados de enfermagem de qualidade. A OE atenta para a sua importância no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, referindo que este suporta a sua prática na investigação e no conhecimento, procurando interpretar, organizar e divulgar dados provenientes da evidência e discutir as implicações da investigação de forma a contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2010a).

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados (Fortin, 1999). O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

A PBE constitui-se como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada doente (Sackett, 2000). A enfermagem baseada na evidência é assim um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados a prestar, baseado na localização e na integração dos melhores resultados científicos procedentes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática de enfermagem (Toro, 2001). A utilização da evidência leva assim à construção de uma reflexão crítica e construtiva das práticas na enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento dos cuidados mais adaptados com vista à qualidade de vida dos doentes. Procura-se, portanto, que o exercício profissional dos enfermeiros evolua para uma lógica progressivamente mais conceptual, mobilizando o conhecimento da disciplina gerado a partir da investigação e das teorias de enfermagem (Paiva & Silva, 2007).



A PR assume-se como uma importante componente dos cuidados de saúde baseados na evidência, na medida em que, o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é refletir sobre pressupostos considerados como certos que norteiam a prática e, com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes, clientes e no público (Craig & Smyth, 2004). A reflexão é então considerada, um método de aprendizagem que, não sendo automático, representa um enorme desafio que impõe investimento, supervisão e treino e envolve uma atitude intencional de quem se propõe refletir sobre a prática, mantendo-se disponível à aquisição, mudança e/ou transformação de conhecimentos e comportamentos (OE, 2010b citando Hyrkäs & Paunonen-Ilonen, 2001).

A PBE e a PR permitiram melhorar a minha capacidade em aprender com a evidência e a experiência, constituindo-se como estratégia no processo de crescimento pessoal e profissional, com resultados observáveis no desenvolvimento das competências que emergem na análise das actividades realizadas e resultados alcançados conforme descrito no Capítulo 3.

Para nortear a minha prática e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, procurei realizar a PBE orientada em duas vertentes. Por um lado, uma revisão da literatura baseada na pesquisa de autores e organizações nacionais e internacionais de referência e, por outro, através da realização de pesquisa em base de dados orientada pela questão de partida. (QUADRO 1)

### **Quais as intervenções do EEESMO ao casal durante o trabalho de parto podem contribuir para a manutenção do aleitamento materno exclusivo?**

**Quadro 1** – Apresentação da questão de investigação (metodologia PICO)

P (População)	Casal
I (Fenómeno de interesse)	Intervenções do EEESMO para a manutenção do AME
Co (Contexto)	Trabalho de parto em contexto hospitalar



Para responder à questão, foram selecionadas as palavras-chave como descritores da pesquisa, e iniciado o processo de pesquisa cujo percurso apresento seguidamente. A pesquisa foi realizada desde Abril de 2014, através dos motores de busca EBSCOhost e Science Direct, com seleção das bases de dados CINAHLplus, MEDLINEplus. Todos os termos foram confirmados e verificados na lista de termos indexados por ambas as bases de dados. Foi utilizada a pesquisa booleana no motor de busca EBSCOhost com AND, para conjugar os termos de pesquisa encontrados. O Quadro 2 esquematiza o procedimento de pesquisa, onde figuram as únicas expressões de pesquisa que obtiveram resultados.

**Quadro 2** – Descritores utilizados por bases de dados

Bases de Dados		Palavras-chave/Descritores
EBSCOhost	CINHALplus	<i>Couple</i> AND <i>breastfeeding</i> AND <i>midwife interventions</i>
	MEDLINEplus	<i>Breastfeeding</i> AND <i>midwife interventions</i> AND <i>Labour</i>
Science Direct		<i>Breastfeeding</i> AND <i>dropout</i> AND <i>Nurse</i>

A amostra foi selecionada com a utilização dos critérios de inclusão e exclusão definidos (Quadro 3), e posteriormente através da leitura do título, do resumo e do texto integral sempre que suscitava dúvidas.



### Quadro 3 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos selecionados

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Desenho	Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa que estejam escritos em Português, Inglês ou Espanhol e que tenham sido publicados a partir do ano 2004. Artigos disponíveis em texto integral.	Revisões sistemáticas da literatura e todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica. Artigos escritos noutras línguas, que não o Português, Inglês ou Espanhol. Artigos publicados antes do ano 2004. Artigos repetidos nas bases de dados consultadas. Artigos sem texto integral.
População	Casais durante o trabalho de parto	Casais fora do período do trabalho de parto
Fenómeno de interesse	Estudos que descrevam o aleitamento materno.	Estudos que não descrevam o aleitamento materno.
Contexto	Trabalho de parto em contexto hospitalar	Outro período que não o Trabalho de parto

No Quadro 4 apresentam-se os artigos resultantes da pesquisa em cada base de dados. No final do processo de seleção obtiveram-se 5 artigos que constituíram a base da revisão da literatura. As grelhas de análise de cada artigo encontram-se em apêndice (Apêndice I).

### Quadro 4 – Resultados da pesquisa

Bases de Dados	Resultados	Selecionados
CINAHLplus	1	1
MEDLINEplus	76	2
Science Direct	35	2
Total	112	5

A análise da evidência adquirida com os resultados obtidos através da revisão da literatura constituiu o alicerce para fundamentar a prática de cuidados.



### 3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Ao longo do CMESMO a PBE promoveu a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMOG, tal como preconizado pela OE e pela ICM, e previstas nas Diretivas Europeias sobre o reconhecimento das qualificações profissionais do EEESMOG. O percurso de aprendizagem culminou na realização do Estágio com Relatório em contexto de Sala de partos, de um Hospital da área de Lisboa creditado como Hospital Amigo dos Bebés, onde se visa a promoção, protecção e apoio ao AM, bem como a humanização dos cuidados de saúde prestados à mulher/casal/RN, através da articulação entre os serviços de Obstetrícia e Pediatria.

Durante o Estágio com Relatório foram desenvolvidas as competências previstas no Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG durante o TP, nomeadamente:

- Competência 3: *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.*

As competências desenvolvidas consideraram a missão do EEESMOG em assegurar cuidados especializados que produzam ganhos em saúde relacionados com a saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, promovendo autonomia nas decisões, contribuindo para o máximo potencial possível dos clientes, capacitando-os para o autocuidado e autovigilância e promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a sexualidade, gravidez, TP, menopausa, entre outros (OE, 2011).

Foram também desenvolvidas competências durante o TP que visaram a manutenção do AME até aos 6 meses, visto o AME tratar-se do tema do meu Projeto de Estágio, e desenvolvidas as respectivas competências relacionadas com o AM previstas no Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG, nomeadamente:

- Unidade de Competência H3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do RN à vida extrauterina.
  - Critério de avaliação: H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao AM.



Considero que, articulando estas metodologias com a reflexão contínua e, com o desenvolvimento do pensamento crítico se constituíram alicerces importantes para a aplicação do projecto. Utilizei a reflexão como instrumento, de forma a conseguir observar, descrever, interpretar, compreender e analisar os cuidados especializados prestados, promovendo o conhecimento e facilitando a mudança, refiro-me, a uma prática reflexiva.

### **3.1. Competências técnico-científicas e relacionais do EEESMOG no cuidado à família durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando a saúde da parturiente, do casal e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, em contexto hospitalar de sala de partos**

No Estágio com Relatório, desenvolvi competências científicas, técnicas e relacionais de EEESMOG no cuidado à família durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando a saúde da parturiente, do casal e do RN na sua adaptação à vida extrauterina foi orientado por uma filosofia de cuidados centrados na família e na promoção do parto normal.

Ao longo do Estágio com Relatório deparei-me com uma diversidade de tipologias de famílias e de culturas que caracterizam a nossa sociedade. Estas têm impacto na forma como a mulher/casal/família experiênciam a gravidez, o TP e o AM. A diversidade de tipologias e dinâmicas familiares exigem, assim, que o enfermeiro EEESMOG conceba, planeie e implemente intervenções dirigidas às especificidades de cada família. Foram prestados cuidados sempre respeitando as opções e as expectativas de cada mulher/casal, capacitando-os, para que se sintam seguros e cuidados com dignidade.

Os cuidados que realizei foram como referido anteriormente, fundamentados e baseados na Teoria da Adaptação de Callista Roy, pois esta permite conhecer os estímulos, os mecanismos de *coping* e as respostas comportamentais diante das várias situações (Roy & Andrews, 1999). A intervenção de Enfermagem, esteve assim focada em promover níveis de adaptação positivos, trazendo bem-estar e satisfação aos casais.



Através do acolhimento da parturiente na sala de partos, senti que o EEESMO assume um papel decisivo durante todo o processo de TP, uma vez que é este profissional que estabelece o primeiro contacto com a parturiente/acompanhante. Neste momento de acolhimento, procurei a compreensão das mensagens transmitidas pela mulher/casal, transmitindo respeito e empatia. Foi privilegiado, o relato da mulher/acompanhante relativamente as suas expectativas acerca do TP e parto. Procurei encorajar a mulher, a confiar mais em si e a explorar os seus sentimentos relativamente ao momento que estava a vivenciar.

O plano de parto (PP) é uma ferramenta valiosa para a parteira, particularmente quando esta não conhece antecipadamente a mulher/casal a quem está a prestar cuidados. O PP apresenta as intenções e expectativas do casal para com o TP, o que facilita a assistência individualizada e o envolvimento do acompanhante (OE, 2015). Contudo, durante o meu estágio nenhuma mulher apresentou PP enquanto documento escrito, pelo que, encorajei a pronunciar-se sobre as suas preferências de modo a que sentissem que estas seriam respeitadas, e deste modo, promovendo a individualidade dos cuidados.

Ao longo do acolhimento, e de acordo com os temas abordados pela mulher/acompanhante, procurei, desmistificar alguns medos e receios associados ao parto, e dar a conhecer algumas medidas promotoras do conforto e bem-estar. De acordo com Chalifour (2008), um dos princípios facilitadores na relação de ajuda é “que o enfermeiro tenha competências para ajudar o cliente a reduzir a ansiedade (...) e que seja capaz de utilizar as técnicas de comunicação que melhor se adaptem ao conteúdo comunicado pelo cliente.” Constatei que os casais ficam mais à vontade para colocarem questões no decurso do TP, quando já se sentem familiarizados com os profissionais de saúde, criando-se um ambiente mais acolhedor e confortável, diminuindo os agentes causadores de *stress*. De acordo com Capilé, Silva, Bittencourt & Azevedo (2011), o EEESMO assegura continuamente o conforto físico e emocional da parturiente, devendo assim tornar o ambiente o mais adequado e acolhedor possível, promovendo assim o seu bem-estar.

Na perspetiva da promoção do parto normal, foram concebidas,



implementadas e avaliadas intervenções de enfermagem no sentido de promover conforto físico e emocional da parturiente e do acompanhante, respeitando o processo fisiológico do TP; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher/casal/família e RN, empoderando o casal. Nesta ótica, e de acordo com a vontade da mulher/casal, foram evitados procedimentos rotineiros como enemas, a tricotomia, a episiotomia, a rotura artificial de membranas, os exames vaginais repetidos, ou a perfusão endovenosa contínua, contudo houve procedimentos tais como a colocação de cateter venoso periférico obturado que não foi possível evitar dada a cultura da instituição.

Evocando Roy (1999), a enfermagem atua para melhorar a relação entre a pessoa e o ambiente promovendo a adaptação, sendo o objetivo da enfermagem ajudar as pessoas a se adaptarem às mudanças que ocorrem nas suas necessidades. Neste sentido, tentei desempenhar um papel de facilitador de adaptação, valorizando o comportamento dos modos de adaptação e intervenção na manipulação de estímulos, como por exemplo no estabelecimento da lactação ao colocar o RN à mama na primeira hora de vida através de uma pega correcta.

Para Capilé *et al.* (2011), valorizar o parto e o nascimento numa vertente humanizada é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão da mulher. Na maior parte das vezes, o poder da tecnologia conduz a uma inevitável submissão da mulher, fazendo com que esta deixe de ser a protagonista dum momento único e irrepetível, que é o parto. A evidência recolhida mostra-nos que, se antes o parto acontecia em família, envolto de fortes vínculos, hoje ocorrem em instituições hospitalares, onde esses vínculos passam a ser contactos superficiais.

O cuidado no ato de parir modificou-se sob a influência da medicalização, dos avanços tecnológicos, do desenvolvimento da medicina e da institucionalização do parto (Phaneuf, 2005). Relativamente a este contexto, tentei desprender-me do modelo biomédico para apreender a situação e as necessidades individuais das pessoas.

Com o intuito de desenvolver uma prática baseada na promoção do parto normal, ofereci à mulher liberdade de escolha, respeitando a sua



autonomia e dignidade. Ao acompanhar as mulheres/casal durante o TP procurei guiar a minha prática de cuidados de acordo com as recomendações da OMS (1996), de modo a fomentar a participação e o envolvimento do casal ao longo de todo o processo, dando ênfase à liberdade de escolha e transmitindo confiança à mulher na sua singular e inata capacidade de parir, sendo que o parto é visto como um processo predominantemente fisiológico. Como no decorrer do TP a mulher vivencia grandes transformações quer físicas, quer psicológicas, procurei estar alerta para as inúmeras transformações psicossomáticas que vão ocorrendo ao longo do TP, bem como no estabelecimento de uma verdadeira e eficaz relação de ajuda.

Caron e Silva (2002) demonstram-nos a importância da enfermeira promover a participação da mulher no seu TP, diminuindo as sensações de medo, dor, angústia, pânico referidas pelas parturientes.

Uma assistência de qualidade à mulher durante o TP deve priorizar a individualidade, singularidade e o respeito mútuo, devendo esta estar centrada nos direitos da mulher enquanto Ser Humano, bem como ter em conta os seus anseios, medos, limitações e angústias no momento do parto (Capilé, *et al.* 2011). O apoio contínuo da mulher durante o TP traz benefícios, como uma menor utilização de analgesia farmacológica e uma maior satisfação das mulheres com a sua experiência de parto (FAME & APEO, 2009).

Na vigilância do bem-estar fetal durante o TP de baixo risco utilizei maioritariamente a auscultação intermitente dos batimentos cardíacos fetais, discutindo com a mulher esta opção. Contudo, a monitorização contínua foi iniciada quando detetada alguma anomalia na frequência cardíaca fetal, suspeita de comprometimento do bem-estar fetal ou aparecimento de mecónio no líquido amniótico. A monitorização contínua foi também usada nas situações em que o bem-estar fetal pode ser comprometido: indução do TP, aceleração do TP com ocitocina e após a administração de analgesia epidural (OE, 2015). Mesmo perante a necessidade de monitorização fetal contínua, as posições verticais foram estimuladas respeitando o desejo da mulher.

A interpretação da cardiocotografia foi baseada nas orientações da FIGO adotadas pela instituição. Esta revelou-se um desafio ao início, mas após estudo intenso, observação e prática tornou-se gradualmente mais fácil.



A avaliação do bem-estar materno foi uma preocupação durante a minha prestação de cuidados. Esta incluiu a vigilância do estado geral e dos sinais vitais, de fluídos administrados via endovenosa, da eliminação vesical, da hidratação oral e do comportamento da mulher.

A ingestão durante o TP, pouco implementada na instituição, foi defendida por mim, e com o apoio do Enfermeiro orientador, pois é essencial para o bem-estar da Mulher. A privação de alimentos e líquidos pode ser sentida como intimidação ou até violência. Para a maioria das mulheres com TP normal, é apropriado oferecer água, chá, sumos sem resíduos e alimentos com poucos resíduos e gordura. É comum no início do TP a mulher querer ingerir alimentos, mas essa vontade vai desaparecendo ao longo do TP (OE, 2015). Neste sentido, estimei a ingestão de líquidos em pequenas quantidades. De modo geral, verifiquei todas as mulheres solicitavam e ingeriam pequenas quantidades de líquidos, maioritariamente água, durante o início do TP.

Relativamente à dor e o seu controlo durante o TP, pude verificar que varia de mulher para mulher e de cultura para cultura. A dor vivenciada pelas mulheres durante o TP é o produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais. As sensações diferem substancialmente de uma mulher para a outra em cada um dos seus partos (FAME & APEO, 2009).

Neste sentido, respeitei a expressão da dor por parte da parturiente e verifiquei que a analgesia epidural é a medida mais requisitada para o alívio da dor. Pude, também, constatar, que na maior parte dos casos os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, tais como, a liberdade de movimentos, o duche, a massagem compressiva na região sagrada, a utilização da bola de *pilates* aliviaram a dor numa fase inicial do TP e promoveram o relaxamento da mulher favorecendo a progressão do TP, resultados que vão ao encontro da evidência.

mover-se livremente durante o trabalho de parto ajuda a mulher a enfrentar a sensação dolorosa. (...) a utilização de água quente durante a dilatação induz a mulher ao relaxamento, reduz a ansiedade estimulando a produção de endorfinas, melhora a



perfusão uterina e encurta o período de dilatação e aumenta a sensação do controlo da dor e satisfação. (FAME & APEO, 2009, p.65)

A mesma evidência afirma-nos que a utilização da massagem durante o TP melhora o relaxamento e reduz a dor devido à melhoria do fluxo sanguíneo e da oxigenação dos tecidos (FAME & APEO, 2009). No entanto, para que algumas parturientes, tendo em conta a demonstração do seu desconhecimento, pudessem optar por estas medidas foi necessário transmitir a informação durante o TP incluindo todas as opções existentes.

Foi neste sentido que procurei ter um papel importante na transmissão de informação referente a esta e outras temáticas, promovendo assim, uma tomada de decisão livre e esclarecida da mulher/casal no decurso do seu TP e parto. Foi observado, também, que a maioria das mulheres, procura apoio no acompanhante durante o TP no controlo da dor solicitando a sua presença junto a elas, pelo que foi sempre promovido e apoiado por mim. As mulheres que contam com apoio contínuo durante o parto apresentam menor necessidade de analgésicos e ficam mais satisfeitas com a experiência (FAME & APEO, 2009).

De uma forma geral, as mulheres apresentaram uma boa aceitação relativamente as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, quando estas eram apresentadas por mim enquanto futura EEESMO ou pelos EEESMO da equipa. Contudo eram mais eficazes na fase latente do TP, e concomitantemente com a analgesia epidural na fase activa do TP.

De um modo gradual, desenvolvi e aprofundei competências promotoras de conforto e bem-estar durante o TP, tais como: a promoção de um ambiente calmo e seguro, com privacidade e redução da luminosidade e de ruídos, fazendo com que a mulher se sentisse valorizada na sua condição individual e livre para saber o que fazer de acordo com as mensagens que o seu corpo lhe dava. Deste modo, procurei diminuir os fatores que pudessem induzir *stress* nas parturientes e por sua vez uma redução da contratilidade uterina e um TP prolongado (FAME & APEO, 2009).

Foi possível constatar que a maior parte das mulheres não tinham frequentado o curso de preparação para a parentalidade/nascimento. Apesar da evidência comprovar os benefícios destes cursos, e do seu acesso ser



gratuito na comunidade, existem vários obstáculos à sua frequência, como, contratos precários de trabalho, a falta de apoio para cuidar dos outros filhos e o pouco conhecimento acerca da sua utilidade. Nestes casos, constatei, que a mulher apresenta mais dificuldade em planear o seu percurso no TP, acabando por preferir a opinião e orientação dos profissionais de saúde. A preparação para o nascimento oferece às grávidas instrumentos e estratégias para enfrentarem a dor/*stress* no TP, onde as parteiras podem ajudar as mulheres a utilizar as estratégias aprendidas (FAME & APEO, 2009).

Durante vigilância da progressão do TP, as observações vaginais foram sempre ponderadas, considerando os aspetos psicológicos, a dor e o risco infeccioso associados a esta técnica (Dixon & Foureur, 2010). Todos os cuidados e intervenções eram explicadas à mulher/casal, de modo a que, as compreendessem de forma a fornecerem o seu consentimento. Incentivei as mulheres a conhecerem o seu corpo e a adaptarem as posições mais confortáveis para elas, a deambularem, a tomarem duche e a usarem a bola suíça. Procurei transmitir à vontade e confiança à mulher/casal visto ser essencial para a progressão do TP, facilitando e incentivando o parto normal (Carraro et al, 2006).

Deparei-me com algumas situações em que as mulheres questionavam se íamos realizar a cervicometria, de modo a saberem se o TP já tinha evoluído. A rotinização dos exames vaginais durante o TP transmitem à mulher que pouco saberá da evolução do seu TP e que são os profissionais de saúde que detêm por completo e em exclusivo este conhecimento. Por outro lado, deparei-me também, com a desilusão da mulher/casal quando, durante a cervicometria, se constatava menos dilatação cervical que o esperado.

Dixon e Foureur (2010) referem que as mulheres podem perder a confiança na sua capacidade de parir nestas situações. Neste sentido, ponderei cada observação vaginal de acordo com a avaliação do partograma e da cardiotocografia, e na avaliação não invasiva do TP, tais como: visualização da linha púrpura, observação do triângulo de Michaelis, descida da melhor posição para auscultação fetal, alteração do padrão respiratório materno, comportamento, postura e vocalizações maternas, frequência e duração das contrações (OE, 2015).



A utilização deste procedimento foi criteriosa e utilizada quando necessária mais informação que não podia ser obtida através da observação dos aspetos externos, como preconizado por Dixon e Foureur (2010). Estas autoras relacionam este princípio com a prestação de cuidados individualizados intraparto e referem que o uso regular e rotineiro do exame vaginal é questionável quando a parteira pretende individualizar o cuidado a cada mulher durante o TP.

O partograma é utilizado por ser uma ferramenta essencial no TP. Este não é apenas um documento de registo, é também um instrumento de diagnóstico. A avaliação da evolução do TP e a sua condução são um aspeto fundamental da assistência da parteira, com interferência direta nos resultados maternos e neonatais (OE, 2015).

Ao longo do Estágio realizei cinquenta partos eutócicos (Quadro 5) e 12 episiotomias, as quais foram efetuadas maioritariamente a mulheres mais novas. O que vai ao encontro do que refere Salge, Lôbo, Siqueira, Silva & Guimarães (2012) em que as mulheres mais novas são as frequentemente mais submetidas a este procedimento, tendo sido o uso de ocitocina e a posição de litotomia identificados como fatores associados a episiotomia e a lacerações grau II.

Deste modo, o número reduzido de episiotomias pode relacionar-se com o facto de ter promovido durante o TP, as posições verticais através da deambulação e da utilização da bola suíça a par da implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor, com especial enfoque no duche de água quente, como forma de promover o processo fisiológico do parto e aliviar a dor da mulher (Barbieri, Henrique, Chors, Maia & Gabrielloni, 2013).

A prática da episiotomia foi também alvo da minha reflexão. Tive como linha orientadora no cuidado à mulher uma atitude pouco intervencionista, repercutindo-se num menor número de episiotomias e na promoção da integridade cutânea do períneo. Considero fundamental, para otimização da saúde da parturiente e para uma menor prática de episiotomias, a avaliação das características do períneo e as medidas de proteção do períneo. A promoção da integridade perineal consegue-se através da não manipulação do períneo no 2º estágio do TP, da episiotomia seletiva, da verticalidade no parto,



dos esforços expulsivos espontâneos e não dirigidos, podendo também aplicar-se calor no períneo durante o período expulsivo (OE, 2015).

O uso limitado da prática da episiotomia no parto vaginal associa-se a um menor risco de morbidade, incluindo traumatismos perineais posteriores, necessidade de sutura e complicações na cicatrização dentro dos sete primeiros dias (FAME & APEO, 2009).

Quanto à episiotomia, procurei informar todas as mulheres sobre o procedimento, esclarecendo que só a realizaria se houvesse indicação para tal. Várias mulheres questionavam se iam levar algum corte, ficando surpresas quando lhes explicava que não tinha sido necessário. De fato, até há poucos anos a episiotomia surgia como uma intervenção quase obrigatória num parto vaginal, contudo, a evidência científica veio demonstrar as desvantagens desta técnica quando aplicada rotineiramente. Ainda assim questiono-me porque continuarão ainda as mulheres à espera da episiotomia. Talvez por haver a necessidade de melhorar a preparação da mulher/casal para o parto normal.

Durante o período expulsivo, orientei as parturientes a sentirem o seu corpo, incentivando-as a interpretar as mensagens que este lhes transmitia e a experimentarem diferentes posições para realizarem esforços expulsivos (ex.: posição vertical ou de cócoras). Neste sentido, respeitei a privacidade da parturiente durante o período expulsivo e respeitei os seus comportamentos e atitudes.

Está demonstrado que a posição de litotomia é a mais comum nas instituições prestadoras de cuidados, no entanto, em alternativa a esta, existem várias posições (ex.: posição vertical de pé, posição vertical de cócoras, posição vertical de joelhos, posição semi-sentada e posição lateral ou Sims) que apresentam inúmeras vantagens, tais como: encurtamento do segundo período do parto; diminuição da dor e da necessidade de analgesia; melhoria da dinâmica uterina; menor percentagem de padrões anómalos na frequência cardíaca fetal; diminuição das percentagens de episiotomias e diminuição dos partos instrumentados (FAME & APEO, 2009).

Relativamente ao apoio durante o TP, verifiquei que a parturiente foca a sua atenção no profissional que acompanha a progressão do TP, logo torna-se fulcral que exista uma sintonia e consenso na interação entre ambos, sendo



respeitado o seu ritmo no TP. De acordo com FAME e APEO (2009, p.74), “as mulheres deveriam contar com pessoas próximas e profissionais que as apoiem durante o TP e o nascimento, já que este apoio melhora a fisiologia do parto e a sensação de confiança materna.”

O corte do cordão umbilical é identificado como uma atividade em que os pais se sentem mais envolvidos e úteis, na medida em que tal pode representar uma forma do pai se aproximar, aumentando a sua confiança nas suas competências parentais (Hanson, Hunter, Bormann & Sobo, 2009; Brandão & Figueiredo, 2012). O EEESMO assume, deste modo, um papel privilegiado como facilitador e promotor no processo de transição para a parentalidade e de vinculação da tríade, ao encorajar e/ou propor o corte do cordão umbilical pelo pai como evento promotor do envolvimento emocional deste com o filho (Brandão & Figueiredo, 2012). Importa, todavia, esclarecer que facilitar, encorajar ou propor não significa impor, exigir ou obrigar. Isto porque as necessidades individuais de cada casal devem ser consideradas de forma a ser promovida uma experiência de TP positiva.

Assim, no decorrer do TP procurei conhecer quais as expectativas e desejos dos pais no que concerne a esta temática – nenhum me referiu de antemão não desejar cortar o cordão umbilical. Todavia, após o nascimento, e quando confrontados com a proposta, alguns pais recusaram por estarem demasiado emocionados ou por receio de magoar o bebé. Numa destas situações, e perante a evidente hesitação mas franco interesse do pai, ajudámo-lo a cortar o cordão umbilical, tendo o casal demonstrado agradecimento pelo tempo e disponibilidade demonstrada. Compreende-se, assim, que as necessidades individuais dos pais devem ser conhecidas, exigindo uma postura do EEESMO de apoio e presença (Brandão & Figueiredo, 2012).

A clampagem do cordão umbilical foi sempre realizada tardiamente, pelo menos após um minuto após o nascimento do RN, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao RN, conforme recomendado pela OMS (2013) de forma a reduzir a anemia infantil por aumentar as reservas de ferro do RN até 50% aos 6 meses de idade.

Na dequitação o EEESMO deve ter em consideração a opção da



mulher. A condução da dequitação pode ser expectante (fisiológica) ou ativa (OE, 2015). Tive ambas as experiências, contudo, a mais utilizada foi a activa, talvez devido ao facto de ser a mais preconizada pelo meu orientador, assim como pela OMS (2014) e pela NICE (2014) por estar associado a um menor risco de hemorragia pós-parto. São consideradas manobras de condução ativa a administração de perfusão de uterotónicos pós o parto e/ou a massagem uterina após expulsão da placenta (OE, 2015).

Após a dequitação, verifiquei sempre a contração do útero e a formação do globo de segurança de Pinard, assim como, a quantidade de sangue perdido. A placenta e as membranas foram sempre rigorosamente observadas garantindo que todas as estruturas estavam completas e que nada ficou dentro do útero. De seguida observei sempre criteriosamente o períneo e diagnostiquei as lesões perineais existentes.

A incidência da lesão perineal após o parto não está estudada em Portugal, mas grande parte das mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal. A parteira deve ter competência para proceder à reparação do períneo por forma a melhorar a condição pós-parto da mulher e prevenir problemas físicos, psicológicos, sexuais, sociais e de cuidados ao bebé (OE, 2015). Tive em consideração que a sutura perineal é um momento que preocupa a mulher e que pode ser traumático, tendo proporcionado conforto à mulher e administrada anestesia local caso não estivesse sob o efeito de analgesia epidural.

Quanto aos cuidados imediatos prestados ao RN, senti-me confiante e ultrapassei algumas situações em que o RN teve alguma dificuldade em adaptar-se ao ambiente extra-uterino implementando medidas de suporte ao RN. Penso que devido ao facto de trabalhar há 8 anos numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais facilitou esse processo.

No 4º estágio do TP, é aconselhável que a puérpera e o RN fiquem sob vigilância do EEESMO durante um período mínimo de 1 hora após o parto (OE, 2015). No local do meu estágio a puérpera e o RN ficavam duas horas sob a vigilância do EEESMO e durante este período os sinais vitais maternos foram sempre vigiados. Neste estágio, apoiei sempre a mulher no AM, favorecido pelo contacto pele a pele que foi sempre realizado e mantido por um período



superior a uma hora, respeitando a vontade da mulher. Foi bastante interessante constatar que o RN depois de ser colocado em contacto pele a pele com a mãe, fica aconchegado e acalma.

o contacto pele a pele, através de estímulos sensoriais como o tato, o calor e o odor é um potencial estimulante vagal que entre outros efeitos liberta ocitocina materna. A ocitocina produz um aumento da temperatura da pele das mamas da mãe, o que proporciona calor ao recém-nascido. (FAME & APEO, 2009, p.107)

Neste estágio destaco as competências que desenvolvi e aprofundei no âmbito da relação precoce da tríade procurando envolver o pai nos cuidados. Neste sentido existe uma preocupação pela humanização da experiência do parto e pelo aumento da qualidade assistencial proporcionado às mulheres e aos profissionais de saúde que identifiquem a necessidade de participação do companheiro na experiência de parto (FAME & APEO, 2009).

No capítulo seguinte desenvolverei mais pormenorizadamente as competências desenvolvidas no âmbito do AM, nomeadamente as intervenções realizadas no sentido da manutenção até aos 6 meses.

Terminado o quarto estágio do TP, e após vigiar o tónus uterino e as perdas hemáticas, observar o períneo, estimular o esvaziamento vesical, fornecer alimentação à puérpera conforme a sua vontade e remover os cateteres venosos ou epidurais caso não existisse contra-indicação, decidi a transferência para a enfermaria.

Os registos clínicos são parte integrante do processo clínico da grávida e constituem um documento legal, devendo ser rigorosamente redigidos (OE, 2015). Neles registei todos os acontecimentos, interações, avaliações e decisões tomadas por todos os intervenientes, assim como, a forma como a vigilância materno-fetal foi conduzida. No Quadro 5, apresentam-se algumas características dos partos vaginais e intervenções realizadas por mim durante o Estágio com Relatório.



### Quadro 5 – Características dos partos vaginais e intervenções realizadas

Partos Vaginais	50
Promoção de medidas não farmacológicas para alívio da dor	50
Promoção de movimento e posições verticais	50
Realizada analgesia epidural	43
Não Realizada analgesia epidural	7
Períneo Integro	28
Rotura de Grau I	5
Rotura de Grau II	5
Rotura de Grau III	0
Realizada Episiotomia e Episiorrafia	12
Realizada Perineorrafia	9
Realizada dequitação natural	50
Realizado o contato precoce pele-a-pele com o recém-nascido	50
Realizado Aleitamento materno na primeira hora de vida	50
Realizadas intervenções promotoras de conforto e bem-estar durante o TP e parto	50

O momento do parto é um momento único e de mútua intimidade entre a mulher e o EEESMO, pelo que é extremamente gratificante, poder ajudar a nascer, e sentir o reconhecimento da importância dos nossos cuidados, por parte da mulher/casal. São estas imagens e emoções que me acompanharam e que serão um incentivo ao aperfeiçoamento da minha prestação de cuidados especializados.

Uma das parturientes e sua acompanhante que acompanhei durante o TP evidenciaram a importância do estabelecimento da relação de ajuda, realçando a proximidade e empatia sentidas, promovendo o aumento de sentimentos de confiança e segurança durante o TP. Referiram ainda a importância da assertividade em momentos fulcrais, o que as levou a ganhar confiança e á vontade.

O empoderamento da mulher/casal foi uma intervenção consagrada ao longo do Estágio com Relatório, e do CMESMO, considerando a missão do enfermeiro em procurar que cada mulher/casal alcancem o máximo de potencial de saúde. Visei, assim, o seu empoderamento através do estabelecimento de uma relação de ajuda e da implementação de estratégias, como a educação para a saúde e a parceria dos cuidados que fomentam a



promoção da saúde da família através da sua capacitação (Pereira, 2010).

O EEESMO assume um papel de referência quando se torna num elemento facilitador do processo de transição para a parentalidade ao apoiar e orientar o casal durante o TP (Hanson et al., 2009). De fato, a gratificação dos casais quanto à intervenção do EEESMO durante o TP são, além de descritas na literatura, marcos da minha experiência em contexto de Estágio. Vários casais evidenciaram o EEESMO como aspeto positivo e/ou estratégia utilizadas para ultrapassar as dificuldades sentidas durante o TP ao referirem que se sentiram apoiados e que lhe foi transmitida imensa confiança, e ao agradecerem pela nossa presença e cuidados.

A relação empática e de confiança, traduzida no apoio personalizado e contínuo ao casal, emanam destes relatos. Vários casais destacam como características do EEESMO a disponibilidade demonstrada, o estar com a mulher/casal, a capacidade de acarinhar, o ser assertivo nas orientações necessárias. Riley (2004), menciona que a empatia é a capacidade intrínseca de compreender os outros e o objectivo é ajudar o estabelecimento de uma relação de ajuda. A empatia do enfermeiro pode contribuir para o aumento da auto-estima do doente, pois o facto de despender tempo a estar atento, ouvir, processar a informação e reflectir sobre o que o doente disse, fá-lo sentir importante.

A informação e explicação dos procedimentos a realizar foram sentidas como securizantes, como demonstrado nos discursos das mulheres/casais. Assim a fundamentação e esclarecimento das técnicas, materiais e procedimentos a realizar, a par da disponibilidade demonstrada para o esclarecimento de dúvidas, e a orientação e instrução da mulher/casal consoante as necessidades individuais de cada um, assume-se como uma atividade primordial no estabelecimento de uma parceria de cuidados. A informoterapia geradora de aprendizagem e de novas capacidades deve ser amplamente mobilizada numa relação de cuidar que vise a valorização do casal e o seu empoderamento na consecução do seu plano de parto e parentalidade (OE, 2011).

Vivenciei uma situação de relação de ajuda que motivou a realização de uma reflexão crítica através da elaboração de um Diário de aprendizagem, em



que a grávida apenas queria que fosse eu a realizar o seu parto. Denota-se aqui que, o EEESMO assume responsabilidade no apoio e orientação da mulher/casal para que estes consigam de forma harmoniosa atingir uma experiência positiva no TP. Enunciando Roy (1999), através da observação dos comportamentos das pessoas em relação aos estímulos, identificam-se respostas adaptativas ou ineficientes. O EEESMO durante a prestação de cuidados ao transmitir segurança emocional, atenção e apoio, permite o desenvolvimento de mecanismos de *coping* positivo. Neste sentido, o processo de enfermagem auxilia as pessoas a enfrentarem e a superarem os problemas de adaptação e a adequarem-se melhor à nova condição, permitindo-lhes um tratamento mais eficaz e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

### **3.2. Competências técnico-científicas e relacionais no cuidado de Enfermagem especializado em ESMO ao casal durante o TP para a manutenção do AME até aos 6 meses**

Aliada à metodologia já descrita, surgiu a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde, em particular os Enfermeiros, para a importância do AME e para os cuidados especializados durante o TP que o promovam. A aprendizagem e o desenvolvimento de competências no âmbito do AM foram contínuos ao longo deste percurso, tendo sido retirados subsídios no decorrer das experiências em contexto de Estágio.

O Modelo Adaptativo de Roy (1999) também esteve patente nos cuidados prestados para a promoção do AME. O AM ao ativar os dois mecanismos de *coping* do modelo adaptativo, o regulador e o cognoscente, pode desencadear respostas adaptativas, como a aceitação e o prazer em amamentar, ou ineficazes que interrompem ou não contribuem para o AM. Neste sentido, é necessário que o EEESMO estabeleça uma relação de empatia com a mãe, fazendo-a sentir-se bem, confortável e com confiança suficiente na sua capacidade de amamentar, evitando assim respostas ineficazes.

Consciente de que o processo de AM se inicia muito antes do nascimento e de que as dificuldades sentidas durante este momento advêm de expectativas irrealistas e/ou de falta de preparação pré-natal, mas também de falta de apoio



no pós-natal, compreendo a transversalidade desta problemática pela gravidez, TP e pós-parto.

Quando questionados os casais sobre se haviam sido abordadas as questões sobre o AM durante a vigilância pré-natal, a resposta dos casais foi geral, o tema tinha sido abordado mas quando chegou o momento de colocar o RN à mama parece não ter adiantado de nada. Uma das mulheres referiu acerca deste assunto que a enfermeira abordava vários temas em cada aula, havendo um sobre o AM que tinha sido mais centrado para o posicionamento e não abordando as possíveis dificuldades durante o AM.

No que respeita aos cursos de preparação para o parto não foi consensual, nem a sua frequência pelos casais, nem a pertinência da sua realização. Enquanto alguns casais justificaram a não frequência de nenhum curso, tendo recorrido a informação na internet, família, amigos e experiência anterior (no caso dos segundos e terceiros filhos), outros casais referiram não ter procurado mais informação para além da fornecida nas consultas de vigilância pré-natal por considerarem o parto um processo natural. Contudo, constatei que os casais que realizaram preparação para o parto estavam mais capacitados para o AM e com necessidade de menos informação/orientação por parte dos profissionais de saúde.

No EC III (Cuidados de Saúde Primários) participei numa sessão, inserida no curso de preparação para o parto, sobre o AM, tendo os casais presentes verbalizado, a importância das ações educativas, à semelhança do descrito por Rios e Vieira (2007), que apesar da realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal ser muito importante, é no período gravídico que a mulher deverá ser orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso no AM. Neste contexto, também elaborei o Projeto de implementação do Cantinho de amamentação, assim como folhetos informativos sobre o AM que foram disponibilizados durante as consultas de vigilância pré-natal.

Atualmente, é exercida alguma pressão sobre o casal para o AME. Apesar de algumas mulheres identificarem o AM como o ideal para o seu bebé, não pensaram que pudesse ser difícil amamentar. Deparei-me com vários casais que referiram a necessidade de apoio e orientação da equipa de saúde no



processo de AM. Compreende-se, deste modo, a importância do EEESMO na capacitação da mulher/casal em amamentar, através do apoio, da educação para a saúde e/ou esclarecimento de dúvidas acerca do processo fisiológico do AM (Coutinho et al., 2005).

A qualidade da informação proporcionada às mulheres, conhecendo e reconhecendo a importância do AM (Shaker et al., 2004) influencia positivamente o seu início e duração. O suporte informativo proporcionado pelos profissionais de saúde até às 48 horas tem efeito na diminuição das dificuldades com a amamentação (Galvão, 2006) e a técnica incorrecta influencia o abandono precoce do AME (Chaves et al., 2007).

Durante o Estágio com Relatório promovi cuidados que conforme a evidência auxiliam o início do AM, nomeadamente: apoio emocional; apoio de um acompanhante durante o TP; informação adequada; liberdade/incentivo de movimentação da mulher; liberdade/incentivo para comer ou beber; estímulo ao parto normal; contato precoce pele a pele imediatamente após o nascimento; AM na primeira hora de vida e alojamento conjunto no 4º estágio do TP. Sendo evitados cuidados de rotina desnecessários, como monitorização fetal contínua, perfusão endovenosa, analgésicos sedativos, episiotomia ou separar a mãe do RN podendo prejudicar o contato imediato entre a mãe e o RN, dificultando o início do AM.

O EEESMO deve proporcionar apoio contínuo durante o TP e promover técnicas não farmacológicas de alívio da dor, pois deste modo as grávidas apresentam menor necessidade de analgésicos ficando mais satisfeitas com a experiência (FAME & APEO, 2009) tanto do parto como do AM, visto que os analgésicos recebidos pela mãe durante o TP podem causar sonolência no RN e diminuição do reflexo de sucção dificultando o AM (Pillegi et al., 2008).

Durante o 3º e 4º estágio do TP, as intervenções incluíram ajudar nas dificuldades identificadas durante o AM e na compreensão do comportamento do RN, responder às necessidades, avaliar a eficácia do AM, e prestar apoio instrumental, tendo envolvido sempre os familiares caso fosse esse o desejo da mulher, de forma a estimular a ajuda da rede de apoio social. O desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher/casal, foi sempre respeitado considerando o cuidado centrado na mulher, no RN e sua família.



Especificamente ao contacto pele a pele, este foi sempre realizado imediatamente após o parto, sem interrupções por pelo menos uma hora e sem cobertas ou roupas entre a mãe e o seu RN saudável, após o mesmo ser secado rapidamente conforme preconizado pela UNICEF (2009). Houve apenas uma situação em que não foi possível, pois o RN teve uma má adaptação ao meio extra-uterino e teve de ser levado para a mesa de reanimação. Mas assim que este recuperou foi colocado em o contato pele a pele aproximadamente meia hora após o nascimento.

Relativamente à primeira mamada, foi sempre realizada em privacidade, com o RN receptivo e, após a mãe e o RN estarem confortáveis. Antes de o bebé ser adaptado à mama, realizei sempre uma explicação sobre a importância do posicionamento e pega corretos. Durante a mamada prestei apoio sempre que necessário.

O uso de LA foi sempre evitado, excepto segundo indicação médica, em consonância com o passo seis da IHAB. De todos os partos realizados por mim nenhum RN teve necessidade de ser alimentado com LA.

Relativamente ao treino da equipa de saúde no âmbito do AM, integrei a equipa de formação do Curso de Conselheiros em AM e do Curso de Promotores de AM que decorreram na Instituição durante o Estágio com Relatório, visto ser Conselheira em AM e ter abraçado este tema durante o CMESMO com o intuito de promover a manutenção do AME prevenindo o desmame precoce por meio da mobilização e consciencialização dos profissionais de saúde, promovendo mudanças de rotinas direcionadas ao incentivo do AM na primeira hora de vida como um fator promotor da continuidade ao longo dos meses.

O facto da Instituição onde realizei o Estágio com Relatório ser um Hospital Amigos dos Bebés, facilitou a prestação de cuidados com vista à promoção, proteção e suporte ao AM, onde o EEESMO assume um papel crucial. Como futura EEESMO responsável por intervenções autónomas no parto normal e nos cuidados ao RN saudável, prestei cuidados à mulher/casal/RN, tendo uma atitude positiva e colocando em prática as competências direcionadas à manutenção do AM.

Os cuidados do EEESMO no âmbito do AM devem ser integrais e a



avaliação da mulher/casal deve ser completa, pois todos os factores influenciam o AM. A aplicação do Modelo de Roy permitiu a identificação de estímulos, mecanismos de controlo e *coping*, bem como das respostas comportamentais diante das situações. A intervenção de Enfermagem, assim, está focada em promover níveis de adaptação positivos, trazendo bem-estar e satisfação aos casais contribuindo para a manutenção do AME.



## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A defesa dos padrões de qualidade regulamentados pela OE (2011) realça a proximidade entre o enfermeiro e mulher/casal/família, intensifica e enaltece a importância do estabelecimento de uma relação empática e, devolve aos cuidados de enfermagem a essência de cuidar. Nesse sentido, o processo de enfermagem auxilia os clientes a enfrentarem e a superarem os problemas de adaptação e a adequarem-se melhor à nova condição, permitindo-lhes um tratamento mais eficaz e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida (Roy & Andrews, 1999). A influência da Teoria de Callista Roy como referência na prática de cuidados e na elaboração do presente relatório permitiu reconhecer que as pessoas, mediante estímulos, podem desencadear respostas, positivas ou negativas, em situações de *stress*.

Emergem da análise do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2011), categorias de enunciados descritivos que o EEESMOG deve considerar na conceção, planeamento, implementação e avaliação das suas intervenções: sendo elas a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a promoção do autocuidado, autocontrolo e mestria e a readaptação às novas situações de saúde. A mobilização destes conteúdos permitiu refletir sobre os cuidados prestados, assim como perspetivar as mudanças ambicionadas ao desenvolver a prestação de cuidados especializados nesta área de cuidados com consequentes ganhos em saúde para os indivíduos, para a família e para a sociedade.

A elaboração do presente relatório permitiu refletir sobre as atividades e competências desenvolvidas ao longo do Estágio, e de todo o processo de formação enquanto futura EEESMO. A formação constrói-se através de um trabalho de reflexão sobre as práticas e de uma permanente construção da identidade pessoal (Botelho, 1993). Neste sentido pretendeu-se com a elaboração do deste relatório o crescimento e o desenvolvimento profissional.

Meleis (2010) aborda as diversas transições que os enfermeiros vivem no seu processo de formação, quer a nível educacional quer a nível profissional, como é o caso da transição/progressão de enfermeiro de cuidados gerais a



enfermeiro especialista, no presente caso em saúde materna e obstetrícia. Para tais transições é necessária a definição de novos papéis e aquisição de novas competências.

Penso que os objetivos traçados foram atingidos, desenvolvi competências específicas de EEESMOG que permitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, RN durante o TP em contexto hospitalar de sala de partos e, durante o TP para a manutenção do AME até aos 6 meses. Para tal, foi necessário uma constante interação da prática e dos conhecimentos teóricos. De salientar, a importância do papel do enfermeiro orientador, quer na supervisão, quer como agente esclarecedor de dúvidas, acompanhamento, demonstração prática e suporte neste processo de transição de aprendizagem.

A influência organizacional e institucional nos cuidados de enfermagem e na sua melhoria, na medida em que a defesa de uma política que fomente o desenvolvimento profissional e de qualidade promoverá a implementação de estratégias que promovam e incentivem a formação contínua dos enfermeiros através da análise crítica de situações de cuidados, do estudo de casos e da partilha de experiências.

Durante a elaboração da revisão de literatura, constatou-se que a atuação do EEESMO no AM é de extrema importância, através da promoção, apoio e suporte, melhorando a prática do AM orientando tanto as mulheres como os seus familiares. Também a equipa de saúde contribui intensamente para a prática do AM. O EEESMOG através das competências necessárias pode criar estratégias e atuar junto de outros profissionais para o incentivo ao AM. Daí a importância da educação contínua com a finalidade de consciencializar os profissionais de saúde de estratégias importantes que exigem dedicação da equipa, enfatizando a responsabilidade de todos no AM. Como sugestão, esta sensibilização pode ocorrer através de capacitações participativas, multidisciplinares visando o estímulo do diálogo entre as diferentes categorias de profissionais da saúde que prestam cuidados à mulher, ao RN e sua família.

Foi possível identificar momentos em que a intervenção do EEESMO foi preponderante para promover o estabelecimento e manutenção do AME, tal como são o contacto precoce pele a pele, o AM na primeira hora de vida e o



alojamento conjunto no quarto estágio do TP, que representam uma oportunidade inestimável para que mãe e o RN se conheçam mutuamente e, desta forma, se estabeleça o vínculo entre eles. Assim como, a presença de acompanhante durante todos os estágios do TP, se assim a mulher solicita-se. Perante estes aspetos é fundamental que toda a prestação de cuidados seja orientada neste sentido, de modo a promover a manutenção do AME.

A utilização do modo adaptativo de função do papel da Teoria de Roy possibilitou a identificação e determinação de aspectos relevantes do processo de AM, cabendo ao EEESMO atuar como mediador entre a objetividade técnica e a subjetividade humana, a fim de elaborar estratégias para as ações do cuidar. E, assim contribuir para capacitar pessoas a criarem mecanismos de *coping* capazes de diminuir respostas negativas, favorecendo as vivências e facilitando a realização dos procedimentos de saúde e enfermagem.

Os desafios colocados à manutenção do AME tornam pertinente a investigação nesta área. Pode-se considerar que permite identificar aspetos a melhorar na prestação de cuidados, de modo a contribuir de forma mais positiva no processo de estabelecimento do AM e a longo prazo na manutenção do AME.

A realização de uma revisão da literatura foi alcançada, ressalta-se a importância da realização de estudos futuros no que diz respeito à promoção do AME, quer no período pré-natal, como durante o parto e o período pós-natal, a fim de que todos os cuidados de enfermagem prestados sejam no sentido de promover o AME.

Com este relatório, pretendi contribuir para o desenvolvimento de competências que promovam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher/RN/família durante o TP e ainda relativamente à manutenção do AME até aos 6 meses de idade. Com o intuito de implementar estratégias que defendam verdadeiramente uma conceção do parto enquanto evento natural, fisiológico e familiar, e aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de amamentar, sublinhando a importância do LM como o alimento mais completo que um RN pode usufruir, apresentando vantagens também para a mãe, família e sociedade.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa Parto Normal: Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Barbieri, M., Henrique, A., Chors, F., Maia, N. & Gabrielloni, M. (2013). Banho quente de aspensão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista Enfermagem*, 26 (5), 478-484.
- Bartlett, A. & Shaw, R. (2011). *Giving Breastmilk: Body Ethics and Contemporary Breastfeeding Practice*. Demeter Press: Ontario.
- Botelho, J. (1993). *A formação profissional contínua do enfermeiro*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Bradshaw, S., Mcallister, H. & Ross-Adjie, G. (2009). A study of in-hospital midwifery practices that affect breastfeeding outcomes. *Breastfeeding review*, 17 (3), 11-15.
- Brandão, S. & Figueiredo, B. (2012). Father's emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (12), 2730-2739.
- Brasileiro, A., Possobon, R., Carrascoza, K., Ambrosano, G. & Moraes, A. (2010). Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. *Caderno Saúde Pública*, 26 (9), 1705-13.
- Brodribb, W., Fallon, A., Hegney, D. & O'Brien, M. (2007). Identifying predictors of the reasons women give for choosing to breastfeed. *Journal of Human Lactation*, 23 (4), 338-344.
- Bueno, L. & Teruya, K. (2004). Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), 126-130.
- Burns, E., Fenwick, J., Schmied, V. & Sheehan, A. (2012). Liquid Gold from the milk bar: Constructions of breastmilk and breastfeeding women in the language and practices of midwives. *Social Science and Medicine*, 75, 1737-1745.
- Caldeira, A. & Gonçalves, E. (2007). Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria*, 83 (2), 127-132.



- Camacho, L., Oliveira, M., Santos, E. & Souza, I. (2010). Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência e saúde coletiva*, 15 (2).
- Capilé, C., Azevedo, A., Silva, A., Bittencourt, C. & Azevedo, P. (2011). Enfermagem e Humanização no cuidado à mulher durante o parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25 (2), 155 – 160.
- Caron, O. & Silva, I. (2002). Parturiente e Equipe Obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10 (4), 485-492.
- Carraro, T., Knobel, R., Radunz, V., Meincke, S., Fiewski, M., Frello, A., ... Berton, A. (2006) Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: Na busca, da opinião das mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, 15 (Esp.).
- Carvalho, M. & Tamez, R. (2010). *Amamentação: bases científicas para a prática profissional* (3ª ed.). Guanabara Koogan: Rio de Janeiro.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chaves, R., Lamounier, J. & César, C. (2007). Factors associated with duration of breastfeeding. *Jornal Pediatria*, 83 (3), 241-246.
- Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T., Lau, J. & Ip, S. (2008). Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *American College of Physicians*, 149 (8), 565-82.
- Coutinho, S., Lira, P., Lima, M. & Ashworth, A. (2005). *Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding*. *Lancet*, 366, 1094-100.
- Couto de Oliveira, M., Camacho, L. & Souza, I. (2005). Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Caderno Saúde Pública*, 21 (6), 1901-1910.
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência, manual para enfermeiros* (1ª ed.). Lusociência: Loures.



- Dann, M. (2005). The lactation consult: Problem solving, teaching, and support for the breastfeeding family. *Journal of Pediatric Health Care*, 19 (1), 12-16.
- Darbyshire, P., Pincombe, J. & Reddin, E. (2007). Passive resistance: Early experiences of midwifery students/graduates and the Baby Friendly health Initiative 10 steps to successful breastfeeding. *Woman and Birth*, 20, 71-76.
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: DGS
- Direcção Geral de Saúde (2009). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil 2008-2012*. Lisboa: DGS
- Direcção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil 2012-2016*. Lisboa: DGS
- Direcção Geral de Saúde (2014). *RAM: Registo do aleitamento materno 2013*. Observatório do aleitamento materno. Lisboa: DGS
- Dixon, L. & Foureur, B. (2010). The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm?. *New Zealand College of Midwives Journal*, 42, 21-26.
- Dusdierker, L., Dungy, C. & Losch, M. (2006). Prenatal Office practices regarding infant feeding choices. *Clinical Pediatrics*, 45 (1), 841-845.
- Fahy, S., Kable, A. & Meedya, S. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Woman and Birth*, 23, 135-145.
- Ferreira, C. (2009). A avaliação na metodologia de trabalho de projeto. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 43 (1), 143-158.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Camarate: Lusociência.
- Gabbe, S., Niebyl, J., Simpson, J., Landon, M., Galan, H., Jauniaux, E. & Driscoll, D. (2015). *Obstetrícia: Gravidez Normal e Patológica* (6<sup>a</sup> ed.). Elsevier: Rio de Janeiro.
- Gaíva, M. & Medeiros, L. (2006). Lactação Insuficiente: Uma Proposta de Atuação do Enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5 (2), 255-262.
- Galvão, D. (2006). *Amamentação Bem Sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.



- Godinho, N. (2013). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações - Norma APA*.
- Gonzalez, C. (2009). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Mama Mater e SOS Amamentação.
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4<sup>a</sup> ed.), Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Gradim, C., Faria, M., Magalhães, M. & Arantes, C. (2011). Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama. *Rene*, 12 (2), 358-364.
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7), 1132-1143.
- Hanson, S., Hunter, L., Bormann, J. & Sobo, E. (2009). Paternal Fears of Childbirth: A Literature Review. *The Journal of Perinatal Education*, 18 (4), 12–20.
- Henderson, J. & Redshaw, M. (2010). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child: care, health and development*, 37 (5), 744-753.
- Hoddinot, P., Pill, R. & Chalmers, M. (2007). Health professionals, implementation and outcomes: Reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Family practice*, 24, 84–91.
- International Confederation of Midwives* (2013). Essencial competencies for basic midwifery practice. *The Hague: ICM*
- Joanna Briggs Institute (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* (2011 ed.). Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Kuo, S., Hsu, C., Li, C., Lin, K., Chen, C., Gau, M. & Chou, Y. (2008). Community-based epidemiological study on breastfeeding and associated factors with respect to postpartum periods in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (7) 967-975.
- Lana, A., Lamounier, J. & César, C. (2004). Impacto de um programa para a promoção da amamentação em um centro de saúde. *Jornal de Pediatria*, 80 (3), 471-477.



- Lawrence, A. (1994). *Breastfeeding: a guide for the medical profision* (4<sup>a</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Diário da República, II série, nº 35 (18/02/2011) 8662-8666.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF & Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés: Lisboa.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7<sup>a</sup> ed.). Lusodidacta: Loures.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde (2009). *Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Monte, G., Leal, L. & Pontes, C. (2012). Avaliação do 4<sup>o</sup> passo para promoção do aleitamento materno em hospital amigo da criança. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza*, 13 (4), 861-867.
- Monteiro, J., Gomes, F. & Nakano, A. (2006b). Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paulista Enfermagem*, 19 (4), 427-432.
- Monteiro, J., Nakano, A. & Gomes, F. (2006a). Amamentação Precoce na Primeira Meia Hora de Vida da Criança. *Revista Enfermagem UERI*. Rio de Janeiro.
- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 5, Art. No.: CD003519.
- Moran, V., Dykes, F., Edwards, J., Burt, S. & Whitmore, M. (2004). An evaluation of the breastfeeding support skills of midwives and voluntary



- breastfeeding supporters using the Breastfeeding Support Skills Tool (BeSST). *Maternal and Child Nutrition*, 1 (4), 241-249.
- Murray, E.; Keirse, M.; et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- Mydlilova, A., Sipek, A. & Vignerova, J. (2009). Breastfeeding rates in Baby-Friendly and non-Baby-Friendly Hospitals in Czech Republic from 2000 to 2006. *Journal of Human Lactation*, 25 (1), 73-78.
- Nakano, A., Reis, M., Pereira, M. & Gomes, F. (2007). Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 2, 230-8.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. London: NICE.
- Oddy, W. (2013). Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. *Jornal de Pediatria*, 89 (2), 109-111.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de decisão*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Caderno temático Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processo e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *15 Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso/Enfermeiros especialistas em Saúde materna e obstétrica/Parteiras*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial da Saúde (1992). *World declaration and plan of action for nutrition*. Rome: OMS.



- Organização Mundial da Saúde (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2001a). *Breastfeeding*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2001b). *Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Nutrición del lactante y del niño pequeño: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: parte I – definiciones*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, DC: OPS.
- Organização Mundial da Saúde (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Genebra: OMS.
- Pagliuca, L., Rodrigues, D. & Silva, R. (2004). Modelo de Roy na Enfermagem Obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. *Gaúcha Enfermagem*, 25 (2), 165-175.
- Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada. Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Pereira, A. (2007). Amamentação na 1ª hora de vida salva um milhão de bebês. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. 5(9), 254-267.
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Loures: Lusociência.
- Pereira, M. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa.



- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pillegi, M., Policastro, A., Abramovici, S., Cordioli, E. & Deutsch, A. (2008). A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. *Einstein*, 6 (4), 467-72.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4a ed.). Loures: Lusociência.
- Rios, C. & Vieira, N. (2007). Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência saúde coletiva*, 12 (2), 477-486.
- Roy, C. & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2ª ed.). Appleton & Lange: Connecticut.
- Sackett, L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. London: Chuechill Livingstone
- Salge, A., Lôbo, S., Siqueira, K., Silva, R., & Guimarães, J. (2012). Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. *Revista electronica de Enfermagem*, 14 (4), 779-785.
- Sena, M., Freita da Silva, E. & Pereira, M. (2007). Tendências do aleitamento materno no Brasil no último quarto do século XX. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (4), 499-505.
- Shaker, I., Scott, J.A. & Reid, M. (2004). Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (3), 260-268.
- Silva, M., Albernaz, E., Mascarenhas, M. & Silveira, R. (2008). Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 3, 275-84.
- Silvestre P. (2008). *Conhecimentos e práticas sobre aleitamento materno de profissionais que atendem lactentes nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP*. (Dissertação de mestrado) Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista.



Toro, A. (2001). *Enfermería basada em la evidencia: como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada: Fundacion Index

United Nations Children's Fund (2002). *Breastfeeding Initiatives Exchange*. Geneva: UNICEF.

United Nations Children's Fund (2012a). *Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Genebra: UNICEF.

United Nations Children's Fund (2012b). *Aleitamento materno na primeira hora depois do parto pode reduzir a mortalidade infantil*. Brasil: UNICEF.

United Nations Children's Fund & Organização Mundial de Saúde (2009). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado*. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: UNICEF/OMS.





## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I

### Apresentação e Análise dos Artigos

ARTIGO Nº 1		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Titulo	<b>Passive resistance: Early experiences of midwifery students/graduates and the Baby Friendly Health Initiative 10 steps o successful breastfeeding</b>
	Autor(es)	Darbyshire, P.; Pincombe, J.; Reddin, E
	Ano da publicação	2007
FINALIDADE DO ESTUDO	Questão de investigação	Quais os factores, relacionados com os 10 passos da Iniciativa hospitais amigos do bebês, que influenciam o desenvolvimento do suporte no aleitamento materno (AM) para as parteiras principiantes?
	Objetivos do estudo	O objetivo deste estudo foi descobrir as percepções, as emoções e os pensamentos de parteiras principiantes sobre o suporte no AM e determinar quais os factores promovem ou impedem o desenvolvimento do conhecimento, confiança e competências das parteiras principiantes.
TIPO DE ESTUDO	Estudo de carácter Qualitativo longitudinal	
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	2	
AMOSTRA	Participaram do estudo 17 parteiras principiantes. Todas as participantes completaram 3 entrevistas cada, fazendo um total de 51 entrevistas. As entrevistadas tinham idade entre 20-50 anos, idade média 31,8 anos.	
INTERVENÇÕES	<p>Foi utilizado o Programa de parteiras graduadas que suporta e supervisiona novas parteiras graduadas durante o primeiro ano de prática clínica em 8 hospitais, todos Amigo dos bebês excepto um.</p> <p>Foram estudadas as percepções, as emoções e os pensamentos de parteiras principiantes sobre o suporte no AM e determinar quais os factores promovem ou impedem o desenvolvimento do conhecimento, confiança e competências das parteiras principiantes.</p> <p>Para a realização das entrevistas foi utilizada a técnica de incidente crítico para identificar experiências relacionadas com o suporte ao AM, sendo realizadas 51 entrevistas.</p> <p>A técnica do incidente crítico é utilizada para facilitar o desenvolvimento da prática reflexiva, pois fornece uma estrutura para a reflexão questionando os participantes que considerem situações (incidentes) onde a prática em questão, o suporte ao AM, foi uma experiência positiva ou negativa, refletindo no incidente.</p>	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	As entrevistas foram estruturadas de várias formas, sendo que 5 foram na própria casa, 5 foram via telefone e 7 em gabinete privado. As entrevistas duraram entre 35 a 55 minutos e cada participante foi entrevistada 3 vezes (no início, meio e fim do programa). As participantes eram questionadas sobre a adequação entre a teoria e a prática relativamente ao AM e aos 10 passos da IHAB.	

**RESULTADOS**

A experiência das participantes indica que a prática dos 10 passos da IHAB por vezes não são perfeitamente cumpridos devido a pressões de tempo e ao aumento da carga de trabalho. As participantes sentiram que aprenderam sobre o AM principalmente durante a prática clínica.

As participante experienciaram que parteiras mais antigas tinham atitudes que fizeram sentir o AM como mais uma tarefa a ser feita.

As participantes sentiram que como iniciadas a sua voz não era reconhecida e partilharam a discrepância entre a teoria e a prática.

**Conclusão:**

A IHAB é uma ferramenta importante para a promoção, proteção e suporte ao AM.

Mesmo em Hospitais com esta Iniciativa existem pressões ao nível do tempo e de quantidade de trabalho que têm impacto na realização dos 10 passos.

As parteiras mais experientes têm mais impacto no AM.

**IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A importância da Iniciativa Hospital Amigos dos Bebés, é vista como uma ferramenta na promoção, proteção e suporte do AM, onde o EEESMO tem um papel crucial, na medida em que, atua na inconsistência e ambiguidade das atitudes de alguns profissionais de saúde e, por vezes, nas suas lacunas de formação e nas rotinas rígidas, como a primeira mamada tardia, a amamentação com horários rígidos, a inclusão de substâncias doces na dieta dos lactentes, ainda antes da primeira mamada, nos intervalos das mamadas ou ainda como substitutos do AM, o recurso demasiado fácil a leites de fórmula e aos suplementos ou alimentos alternativos.

**Referência Bibliográfica:**

Darbyshire, P., Pincombe, J. & Reddin, E. (2007). Passive resistance: Early experiences of midwifery students/graduates and the Baby Friendly Health Initiative 10 steps o successful breastfeeding. *Woman and birth*, 20. 71-76.

<b>ARTIGO Nº 2</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	Titulo	<b>A study of in-hospital midwifery practices that affect breastfeeding outcomes</b>
	Autor(es)	Bradshaw, S.; MacAllister, H., Ross-Adjie, G.
	Ano da publicação	2009
<b>FINALIDADE DO ESTUDO</b>	Questão de investigação	Quais as variáveis influenciadas pela prática das parteiras podem influenciar a duração do AM?
	Objetivos do estudo	O objetivo deste estudo foi determinar que aspectos da prática das parteiras pode influenciar a duração do AM e se a taxa de AM aumentou desde o último estudo semelhante a este foi realizado em 2003
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Modelo de regressão	
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	2	
<b>AMOSTRA</b>	532 Mães que pariram um RN vivo no Hospital Privado de Perth, Austrália, entre Maio e Julho de 2006, foram convidadas para completarem um questionário validado e anónimo sobre a experiência no AM.	
<b>INTERVENÇÕES</b>	<p>Foram usadas 5 variáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade da mãe em iniciar AM</li> <li>• Frequência de cursos pré-natal</li> <li>• Oportunidade contacto pele a pele após parto</li> <li>• Hora da primeira mama</li> <li>• Administração de leites artificiais ou suplementos</li> </ul> <p>O questionário procura construir informação reportada na literatura como factores chave envolvidos para o aumento da duração do AM e como a IAHB.</p> <p>O conteúdo dos questionários foi validado por 2 parteiras seniores experientes e conselheiras em AM.</p> <p>Para determinar se o AM perdurava até aos 12 meses, o questionário foi enviado para casa das participantes em julho 2007.</p>	
<b>COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<p>Foram completados 50% dos questionários, 266, em que 50% primíparas.</p> <p>A duração do internamento em partos eutócicos foram de 4 dias, e cesarianas de 56 dias.</p> <p>O tipo de parto não foi uma variável tomada em conta durante a análise estatística.</p> <p>Foram utilizados vários métodos e <i>softwares</i> para medir as variáveis: SPSS®, V16.0 (SPSS®) and PHStat2® (Pearson Education).</p> <p>O estudo revelou que a duração média de AME é de 8,2 meses, e que na alta 94% das mães amamenta e aos 6 meses 59% e aos 12 meses 21%.</p>	
<b>RESULTADOS</b>		

Das 5 variáveis apenas duas foram achadas como estatisticamente significativas para o aumento da duração do AM:

- A capacidade da mãe em amamentar
- Utilização de LA ou suplementos.

E que deste modo a prática das parteiras influencia o AM, assim como a falta de suporte ao AM.

Conclusão:

8% das mulheres referem ainda necessitar de apoio na alta da maternidade.

Das 5 práticas das parteiras investigadas na sua influência na duração do AM, apenas duas foram dadas como estatisticamente significativas, nomeadamente a capacidade da mulher em adaptar o RN à mama no momento da alta e a administração de LA ou suplementos ao RN.

Este achados fomentam a necessidade em educar mães e parteiras no sentido de promover o AM.

**IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A educação das mães e parteiras deve ser focada na capacidade em amamentar e em adaptar o RM à mama até ao momento da alta.

Se no momento da alta persistirem dificuldades deve ser facultada uma parteira de referência para promoção, apoio e suporte ao AM.

O uso de leite artificial deve ser evitado excepto prescrição médica ou quando a mãe faz um pedido nesse sentido.

**Referência Bibliográfica:**

Bradshaw, S., MacAllister, H. & Ross-Adjie, G. (2009). A study of in-hospital midwifery practices that affect breastfeeding outcomes. *Breastfeeding review*, 17(3), 11-15.

<b>ARTIGO Nº 3</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	Titulo	<b>Factors that positively influence breastfeeding Durant 6 months: A literature review</b>
	Autor(es)	Fahy, K.; Kable, A., Meedy, S.
	Ano da publicação	2010
<b>FINALIDADE DO ESTUDO</b>	Questão de investigação	Que factores modificáveis influenciam positivamente a duração do AM até aos 6 meses pós-parto?
	Objetivos do estudo	O objetivo desta revisão de literatura é o desenvolvimento de intervenções do EEESMO no sentido de prolongar o AM.
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Revisão de literatura	
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	2	
<b>AMOSTRA</b>	Revisões sistemáticas nas bases de dados: Medline, CINAHL, Maternity and infant care, Cochrane Databse	
<b>INTERVENÇÕES</b>	A estratégia de pesquisa incluiu várias palavras chaves: AM, duração, iniciação, cessação, fatores, intervenção, educação, companheiro, intenção, confiança, auto-eficácia e suporte.	
<b>COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<p>Foram completados 50% dos questionários, 266, em que 50% primíparas.</p> <p>A duração do internamento em partos eutócicos foram de 4 dias, e cesarianas de 56 dias.</p> <p>O tipo de parto não foi uma variável tomada em conta durante a análise estatística.</p> <p>Foram utilizados vários métodos e <i>softwares</i> para medir as variáveis: SPSS®, V16.0 (SPSS®) and PHStat2® (Pearson Education).</p>	
<b>RESULTADOS</b>		
<p>Os fatores que foram reportados serem associados positivamente ao prolongamento do AM foram categorizados e discutidos.</p> <p>É dado ênfase a fatores que são potencialmente modificáveis pela educação/intervenção promovida pelo EEESMO que se deve iniciar no pré-natal.</p> <p>As estratégias do EEESMO existentes para promoção do AM incluem suporte social mas não realizam adequadas tentativas em alterar a intenção em amamentar e em aumentar a autoeficácia no AM.</p> <p><u>Conclusão:</u></p> <p>Os fatores modificáveis que influenciam a decisão das mulheres em amamentar são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intenção em amamentar</li> <li>• Autoeficácia em amamentar</li> <li>• Suporte ao AM</li> </ul> <p>Não foram encontrados estudos que tenham estudado estes 3 fatores simultaneamente.</p>		

**IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A intenção e a insegurança das mães, quanto à sua aptidão para amamentar são fulcrais para a duração do aleitamento materno e desta forma, as mulheres experienciem o Aleitamento materno positiva e prolongadamente.

O suporte social é crucial para a manutenção do AM até aos 6 meses.

**Referência Bibliográfica:**

Fahy, K., Kable, A. & Meedya, S. (2010). Factors that positively influence breastfeeding Durant 6 months: A literature review. *Woman and birth*, 23, 135-145.

<b>ARTIGO Nº 4</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	Titulo	<b>Midwifery factors associated with successful breastfeeding</b>
	Autor(es)	Henderson, J.; Redshaw, M.
	Ano da publicação	2010
<b>FINALIDADE DO ESTUDO</b>	Questão de investigação	Que factores relacionados com o EEESMO estão associados ao sucesso do AM?
	Objetivos do estudo	O objetivo deste estudo é dar uma estimativa do efeito dos fatores do EEESMO no âmbito das influências sociodemográficas e clínicas no AM.
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Regressão logística	
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	2	
<b>AMOSTRA</b>	4800 novas mães (63% responderam)	
<b>INTERVENÇÕES</b>	Questionário sobre o tipo de alimentação do RN.	
<b>COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<p>Foram calculadas taxas da iniciação ao AM, de AM e AME nos primeiros dias após o parto e aos 3 meses.</p> <p>Foi calculada uma estimativa dos efeitos específicos dos fatores EEESMO.</p>	
<b>RESULTADOS</b>		
<p>O fator mais forte foi a intenção pré-natal em amamentar.</p> <p>A idade materna, a ausência de problemas clínicos no RN e o curto internamento foram importantes nos primeiros dias.</p> <p>Aos 3 meses, o AM associa-se a com fatores sociodemográficos e a fatores intraparto.</p> <p>Em todas as fases o AM está significativamente associado a conselhos consistentes , ajuda prática ou suporte activo e encorajamento do EEESMO.</p> <p><u>Conclusão:</u>  A decisão pré-natal em amamentar é o predictor mais poderoso no comportamento alimentar da criança.  Alguns aspeto sociodemográficos e fatores clínicos também são importantes e influenciam o AM.  Os fatores relacionados com o EEESMO também influenciam o AM principalmente relacionados com o suporte ao AM.</p>		

**IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

O EEESMO deve realizar intervenções de promoção e suporte ao aleitamento materno durante todo o ciclo gravídico, tendo em conta os aspetos sociodemográficos e fatores clínicos associadas a cada mulher que influenciam o aleitamento materno.

O EEESMO tem efeito no aleitamento materno principalmente na promoção de suporte pós-natal.

É importante que o EEESMO seja treinado e ganhe as competências necessárias que assegurem que o aconselhamento no ao aleitamento materno seja consistente e baseado na evidência.

**Referência Bibliográfica:**

Henderson, J. & Redshaw, M. (2010). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *CHILD: care, health and development*, 37(5), 744-753.

<b>ARTIGO Nº 5</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>	Titulo	<b>Liquid gold from the milk bar: Constructions of breastmilk and breastfeeding women in the language and practices of midwives</b>
	Autor(es)	Burns, E.; Fenwick, J; Schmied, V.; Sheehan, A.
	Ano da publicação	2012
<b>FINALIDADE DO ESTUDO</b>	Questão de investigação	De que modo o EEESMO representam o AM e constroem mulheres que amamentam nas suas interações?
	Objetivos do estudo	O objetivo deste estudo é dar uma estimativa do efeito dos fatores do EEESMO no âmbito das influências sociodemográficas e clínicas no AM.
<b>TIPO DE ESTUDO</b>	Regressão logística	
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	2	
<b>AMOSTRA</b>	77 mulheres e 76 EEESMO em 2 maternidades	
<b>INTERVENÇÕES</b>	Questionário sobre o tipo de alimentação do RN.	
<b>COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<p>Foram realizadas 85 interações entre EEESMO e mulher que amamenta foram observadas e gravadas em áudio durante a primeira semana após o parto.</p> <p>Foi colhida informação em 9 sessões de educação parental.</p> <p>Foram entrevistadas 23 mulheres na alta, 11 diretores e conselheiras em lactação.</p> <p>Informação colhida em outubro 2008 e setembro 2009.</p> <p>A análise do discurso foi usada para transcrever interações e dados das entrevistas.</p>	

## RESULTADOS

A análise revelou que o EEESMO dá prioridade ao LM como uma preciosidade, essencial para a saúde e bem-estar da mãe e bebê.

Referências ao LM como “*liquid gold*” foram verbalizadas e utilizadas.

As mulheres foram posicionadas várias vezes como incapazes de amamentar, falta de conhecimento e competências em amamentar.

### Conclusão:

Neste contexto o AM foi estabelecido como um processo manufaturado para um consumidor exigente.

A abordagem do EEESMO revelou um intenso foco na nutrição excluindo a comunicação relacional e suporte.

## IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Há a necessidade de desafiar a atual prática de cuidados do EEESMO baseada na disciplina e na tecnologia quando promovidos no âmbito do suporte ao AM.

Existe ainda a necessidade de modificar culturalmente os cuidados pós-natais, de forma que não se foquem só no “produto” mas em toda a experiência do aleitamento materno.

O discurso do EEESMO pode ser primordial em dar forma à experiência da mulher no aleitamento materno, e este discurso não deve ser apenas biomédico mas um discurso holístico que requer uma mudança cultural.

## Referência Bibliográfica:

Burns, E., Fenwick, J., Schmied, V. & Sheehan, A. (2012). Liquid gold from the milk bar: Constructions of breastmilk and breastfeeding women in the language and practices of midwives. *Social science & medicine*, 75, 1737-1745.