AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à minha família pelo seu incondicional apoio durante esta jornada, a todos os colegas, professores, profissionais, clientes e famílias pela sua ajuda, apoio, aceitação, tolerância e generosidade.

Gostaria ainda de agradecer à Sra. Prof.ª Teresa Félix por todas as suas intervenções e diligências, pela sua mestria e inputs, sem os quais hoje não estaria aqui nesta importante fase deste percurso a que me propus.

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

Este relatório de estágio foi elaborado no âmbito do ensino clínico “Estágio com Relatório” do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL, de acordo com o despacho nº 1482/ 2010 (Despacho nº 1482/ 2010 de 21 de Janeiro, 2010), que regulamenta o ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre.

Este estágio realizou-se em contexto hospitalar, no Serviço Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica. O tema central deste estágio foi: **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, contributo do EEESMO para a acreditação de um hospital de acordo com a iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés”.**

O estágio decorreu num hospital que pretende ser certificado de acordo com a IHAB e as minhas intervenções neste âmbito incidiram em particular no passo um e passo quatro desta iniciativa.

No âmbito do passo um da IHAB apoiei o hospital através da realização de um diagnóstico da situação relativamente à prática dos cuidados dos profissionais de enfermagem promotores do aleitamento materno, como uma taxa de cobertura de 58%. Este diagnóstico deverá ser o ponto de partida para a elaboração da política de aleitamento materno da organização.

No âmbito do passo quatro da IHAB promovi o CPP previamente negociado com as famílias e explicitado o seu significado, contacto esse que teve a duração média de 01:06h. Instruí a mãe acerca dos sinais de prontidão e pega correctos e apoiei a primeira mamada em 71% das mulheres que ocorreu em média à 01:01h. As restantes 29% conseguiram autonomamente iniciar a amamentação durante o CPP.

Para além das competências relacionadas com a temática, desenvolvi as preconizadas pela OE para a atribuição do título de EEESMO.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem Especializados, Promoção do Aleitamento Materno, Contacto Pele a Pele, Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

ABSTRACT

This internship report was prepared under the scope of clinical teaching "Internship with Report" of the 4th Master course in Midwifery of ESEL, in accordance with the Order No. 1482/2010 (Order No. 1482/2010 of 21 January 2010), which regulates the studies cycle leading to master's degree.

This internship took place in a hospital environment in the Delivery Room and Obstetric and Gynecologic Urgency. The central theme of this internship was: Protection, promotion and support of breastfeeding, the contribution of EEESMO for accreditation of a hospital in accordance with the "Baby Friendly Hospital" initiative.

The internship took place in a hospital that wants to be certified according with BFHI and my interventions in this area were focused in particular on step one and step four of this initiative.

Under step one of the BFHI, I supported the hospital by performing a diagnosis of the situation regarding the nurse practices that promotes breastfeeding with a coverage rate of 58%. This diagnosis should be the starting point for the development of the breastfeeding policy of the organization.

Under step four of the BFHI, I promoted the skin-to-skin contact, previously negotiated with families and explained its meaning, this contact had an average duration of 01: 06h. I instructed the mother about the signs of readiness and how to identify a correct latch on and supported the first feeding in 71% of women which occurred within an average time of 01:01h. The remaining 29% of women were able to independently initiate breastfeeding during the skin-to-skin contact.

In addition to the competences related with the theme, I developed the competences recommended by the OE, mandatory for the recognition of the title of EEESMO.

Keywords: Specialized Nursing Care, Breastfeeding Promotion, Skin to Skin Contact, Baby Friendly Hospital Initiative

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABCF	Auscultação dos Batimentos Cárdio Fetais
ACOG	The American College of Obstetricians and Ginecologists
AHA	American Heart Association
APEO	Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
AFU	Altura Fundo Útero
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative
CNIHAB	Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
CPP	Contacto Pele-a-Pele
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
EC	Ensino Clínico
EEESMO	Enfermeiro Especialista Em Saúde Materna, Obstétrica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
HAB	Hospital Amigo dos Bebés
HOOP	Hands Off Or Poised
IG	Idade Gestacional
INE	Instituto Nacional de Estatística
IO	Índice Obstétrico
IHAB	Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	Pergunta
RN	Recém-nascido
SMFM	Society for Maternal-Fetal Medicine
TP	Trabalho de Parto
WHO	World Health Organization
TIN	Tribunal Internacional de Nuremberg
UC	Unidade Curricular
Unicef	United Nations Children's Fund

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO 7

1 ENQUADRAMENTO DO RELATÓRIO 10

1.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO NORTEADOR DA ATUAÇÃO/ INTERVENÇÃO 10
1.2 TEMÁTICA 10
1.3 JUSTIFICAÇÃO DO TEMA 13
1.4 ÂMBITO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS RELATIVAMENTE À TEMÁTICA 15
1.5 OBJETIVOS DEFINIDOS RELATIVAMENTE À TEMÁTICA 16
1.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 17

2 ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO 18

3 CONCLUSÃO 53

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58

5 APÊNDICES

APÊNDICE I - MODELOS CONCEPTUAIS DE ENFERMAGEM ADOTADOS
APÊNDICE II - METODOLOGIA ADOTADA PARA A REVISÃO DA LITERATURA
APÊNDICE III - CRITÉRIOS DE CONFORMIDADE E CRITÉRIOS PARA A CERTIFICAÇÃO DE ACORDO COM A IHAB
APÊNDICE IV – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE
APÊNDICE V – ATIVIDADES PLANEADAS POR OBJECTIVO
APÊNDICE VI - COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEESMO
APÊNDICE VII - REGISTO DE INTERAÇÃO
APÊNDICE VIII – JORNAL DE APRENDIZAGEM
APÊNDICE IX - METODOLOGIA PROJETADA PARA O ESTÁGIO COM RELATÓRIO
APÊNDICE X - QUESTIONÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS PROMOTORAS DO ALEITAMENTO MATERNO
APÊNDICE XI - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS RELATIVOS À AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS PROMOTORAS DO ALEITAMENTO MATERNO

6 ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO AO PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico "Estágio com Relatório", do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL, procedi à elaboração de um **Relatório de Estágio** cujo tema central foi: **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, contributo do EEESMO para a acreditação de um hospital de acordo com a iniciativa "Hospital Amigo dos Bebés".** A fundamentação da escolha do tema será debatida no capítulo seguinte, de forma detalhada.

De acordo com o despacho nº 1482/ 2010 (Despacho nº 1482/ 2010 de 21 de Janeiro, 2010), que regulamenta o ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre, o estudante poderá optar por uma de três opções, sendo a primeira opção um "Estágio com relatório".

Adicionalmente, atendendo aos requisitos do perfil de competências gerais e específicas do EEESMOG definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011; Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, 2011), o candidato a ser reconhecido pela OE como especialista deverá ter adquirido esse perfil de competências e estar conforme com as Diretivas do Parlamento Europeu e do Conselho, transpostas para o ordenamento jurídico nacional pela Lei 9/2009 de 4 de Março e os requisitos internacionais definidos pela ICM (Internacional Confederation of Midwives, 2011).

No âmbito da unidade curricular **Opção** e de acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi proposto pela equipa pedagógica a elaboração de um projeto para ser operacionalizado durante a unidade curricular **Estágio com Relatório**.

Nesse projeto foi solicitado ao estudante que problematizasse a área de estudo que pretende aprofundar identificando as competências que pretende desenvolver reportando-se ao perfil de competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia. Nessa perspetiva procedi à elaboração de uma proposta de projeto, que foi aceite pela ESEL, tendo como base a problemática selecionada e como estrutura, uma lógica de intervenção na comunidade de forma coordenada e estruturada assente num racional de resolução de problemas.

Adicionalmente a Docente Orientadora solicitou a Elaboração de um projeto com um carácter mais operacional, já no decorrer da UC **Estágio com Relatório**, que refletisse o perfil de competências exigido pela Ordem dos Enfermeiros para a

obtenção do título de EEESMO e simultaneamente incorporasse os objetivos definidos no projeto submetido e aceite pela ESEL.

Parece-me relevante esclarecer o leitor que este relatório é uma súmula não só do percurso desenvolvido durante a UC **Estágio com Relatório**, bem como incorpora saberes adquiridos ao longo de todo o curso de mestrado, tanto da vertente prática como teórica.

Neste **Relatório de Estágio** estará patente a implementação do projeto proposto, bem como demonstrada a aquisição das competências desenvolvidas neste percurso de aprendizagem, centrado no desenvolvimento de competências preconizadas pela OE para a atribuição do título de EEESMO. Tenho como objetivo com a apresentação e discussão pública deste relatório alcançar o grau de mestre nesta área de especialidade.

Para a elaboração desse relatório adotei como referência a proposta de Lopes (1999), onde esta sugere que se faça uma análise do trabalho realizado, comparando os resultados obtidos com os desejados. A estrutura seguida foi estabelecida de acordo com uma lógica pessoal, onde procurei não só analisar o trabalho desenvolvido, como também mobilizar a literatura resultante da pesquisa realizada para fundamentar a tomada de decisão na prática clínica.

Irei neste documento fazer uma análise crítica relativamente ao percurso de aprendizagem, reportando-me aos objetivos que me propus e que me permitirão atingir o nível de desenvolvimento proposto, bem como demonstrar ter adquirido competências específicas e gerais conducentes ao título de EEESMO, nomeadamente:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família em situação de saúde e doença no âmbito da transição para a parentalidade, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Participar em projetos institucionais na área da qualidade, nomeadamente contribuir para a certificação do hospital, de acordo com os critérios da iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés”.

Este estágio realizou-se em contexto hospitalar, no Serviço Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica, de 17/02/2014 a 11/07/2014, com um total de

750 horas (500 horas de contacto, 25 horas de orientação tutorial e 225 horas de trabalho autónomo).

Para o presente relatório delineei como objetivos:

1. Elaborar um documento escrito que dê corpo a um dos requisitos definidos pela equipa pedagógica e que servirá de base para a classificação final deste percurso;
2. Fazer um balanço do caminho percorrido, analisando o contributo que este estágio teve para a construção do meu projeto académico e profissional, refletindo sobre este percurso de aprendizagem e competências desenvolvidas;
3. Avaliar de forma crítica as atividades desenvolvidas para cada objetivo traçado, identificando as estratégias assumidas no processo de ensino/ aprendizagem.

Este relatório comtempla para além da **Introdução** o **Enquadramento do Relatório,** onde será feito um enquadramento da temática, bem como será justificada a escolha do tema, sua relevância e pertinência, serão apresentados os objetivos definidos relativamente à temática, será feito um enquadramento das teorias que nortearam a atuação/ intervenções na prática clínica e tecidas as considerações éticas que foram tidas em conta relativamente ao trabalho desenvolvido. No segundo capítulo denominado **Análise do Percurso Formativo**, será feita uma identificação das necessidades de aprendizagem, as estratégias adotadas, a avaliação crítica das atividades e uma reflexão sobre o percurso de aprendizagem. Esta análise é feita por objetivo proposto e dentro deste, pelas atividades desenvolvidas para o atingir. Finalmente, na **Conclusão** é feito um balanço do percurso percorrido, o que foi alcançado, que aprendizagens, limitações e dificuldades e quais as estratégias desenvolvidas. Ainda na conclusão será feita uma análise relativamente à mais-valia que este EC constituiu para mim enquanto futura EEESMO e quais as principais conclusões que resultam da elaboração deste documento.

Este documento foca-se em especial no último ensino clínico “estágio com relatório”, mas importa referir que todos os outros momentos de aprendizagem em contexto de prática clínica (Ensinos Clínicos I, II, III, IV e V) alimentaram os objetivos delineados, nomeadamente através da observação e intervenções das práticas de cuidados relacionadas com esta temática que contribuem para a promoção do aleitamento materno.

1 ENQUADRAMENTO DO RELATÓRIO

1.1 Enquadramento Teórico Norteador da Atuação/ Intervenção

Dos vários modelos teóricos optei por selecionar três teorias que nortearam as minhas intervenções e a minha análise do percurso formativo (APÊNDICE I). A primeira referente às políticas é o Modelo Conceptual de Enfermagem e Políticas de Saúde (Fawcett & Russell, 2001). Para a intervenção junto das famílias em processo de transição para a parentalidade recorri às intervenções de suplementação de papel (Meleis, 2010). Relativamente às quatro etapas para a adoção do papel materno: fase de **antecipação**, fase **formal**, fase **informal** e a fase **pessoal**, fundamentei-me nos conceitos da teoria de Mercer (Meighan, 2011). Para a elaboração dos diagnósticos e para a classificação das intervenções/ ações junto das famílias utilizei a linguagem **CIPE** (OE, 2011).

Para o enquadramento conceptual deste relatório procedeu-se a uma revisão de literatura (APÊNDICE II), cujos resultados estão vertidos ao longo deste documento. Esta revisão de literatura permitiu-me construir o corpo de conhecimentos para a prática baseada na evidência que implementei durante este estágio. Foi a partir desta revisão de literatura que foi criado o documento que suportou o registo da interação.

1.2 Temática

A iniciativa conjunta da OMS e Unicef que teve como objetivo proporcionar às mães e bebés as melhores condições possíveis para o início precoce da prática do aleitamento materno materializou-se na denominada “Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés”. Esta proposta surge em 1991 e pretende ser um importante motor para a promoção e apoio do aleitamento materno desde os primeiros momentos de vida de uma criança.

Foram várias as iniciativas destes organismos internacionais ratificadas por Portugal. Em 1981 a OMS publica o Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno (OMS, 1981), onde sublinha a necessidade de controlar a influência da indústria que está por detrás da alimentação infantil e como essa influência coloca em causa o início e a continuação da prática do aleitamento materno. Apesar de ratificada por Portugal, o Sr. Ministro da Saúde Dr. Paulo Macedo, em 2012 no seu discurso na Conferência Internacional de Aleitamento

Materno (Macedo, 2012) sublinha a necessidade de convergir a legislação nacional, que regula a propaganda dos substitutos do leite materno, com o Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno. Na verdade passados mais de 30 anos, a OMS continua a referir a existência de sucessivas violações a esse código, com o consequente comprometimento das intenções aí expressas (Documento A63/9 da OMS). Em 1990 na Declaração de Innocenti (OMS, 1990) é reconhecida a necessidade de implementar medidas de proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno e considerada esta temática uma prioridade em Saúde Pública. Em Maio de 2002, na 55ª Assembleia Mundial de Saúde, a Estratégia Global para a Alimentação de Latentes e Crianças na 1ª infância foi adotada por todos os estados membros, no qual Portugal se inclui (Macedo, 2012).

A OMS e Unicef no documento "Global strategy for infant and young child feeding" (OMS, 2003) definem quatro objetivos operacionais para assegurar os pressupostos da Declaração de Innocenti, ratificada por Portugal:

1. Definir uma comissão nacional com poderes para coordenar e estabelecer um comité nacional de aleitamento materno composto por vários sectores da sociedade, nomeadamente elementos do Governo, Administração Pública, representantes dos vários sectores profissionais, bem como pela sociedade civil;
2. Assegurar que todos os serviços que atuem no contexto da saúde materna cumpram integralmente os "dez passos para o sucesso do aleitamento materno" definidos pela OMS/Unicef relativamente às recomendações para a prática do aleitamento materno, que se traduzem nos passos definidos na iniciativa "Hospital Amigo dos Bebés" descritos à frente no presente documento;
3. Respeitar o Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno e decisões relevantes nele contidas;
4. Dotar o enquadramento legislativo do País de forma a possibilitar a prática do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, isto é, adequar a legislação laboral de forma a permitir esta prática.

Apesar de em Portugal se terem dado passos significativos que concorrem para estes quatro objectivos operacionais, verifica-se que a realidade está ainda longe de atingir os pressupostos acima enunciados. Desde logo, no ponto um, apesar da existência de uma comissão com características semelhantes às descritas (Comissão para a Saúde Materna, da Criança e do Adolescente), este órgão tem um carácter mais consultivo e orientador, não tendo poder efetivo para as necessárias

transformações no terreno, nomeadamente através da obrigatoriedade do cumprimento dos pressupostos subjacentes ao “Hospital Amigo dos Bebes” e às “Comunidades Amigas dos Bebes”. Um outro exemplo da ineficiência da estrutura nacional nesta temática é a criação de uma plataforma de registo de aleitamento materno, cujo acesso não é obrigatório, produzindo desta forma dados enviesados e insuficientes para uma correta análise da situação nacional. Por outro lado, sendo uma avaliação das práticas relacionadas com a qualidade, tem de ser voluntária e de acordo com as organizações, o que cria uma dificuldade na obtenção de dados mais abrangentes relativamente à situação do país.

De acordo com diretrizes da OMS, os estados membros deveriam dotar-se de informação estatística que lhes permitam conhecer a realidade, no que diz respeito aos indicadores para avaliação das práticas da alimentação nos lactentes e crianças e com base nesta, planear os eixos de intervenção pertinentes. No cumprimento desta directiva, em 2010 a DGS cria em parceria com a colaboração do Projeto Mama Mater, uma plataforma para o Registo do Aleitamento Materno (RAM) com o objectivo de observar a prevalência do Aleitamento Materno a nível nacional.

O caráter voluntário da adesão ao registo nesta plataforma enviesa os resultados obtidos e põe em causa a eficiência do investimento feito. A adesão foi francamente baixa principalmente no sector dos Cuidados de Saúde Primários. Apenas 133 das 651 Unidades de Cuidados de Saúde Primários existentes contribuíram com dados para este relatório. Dos 40 Hospitais públicos com Maternidade apenas 22 pediram palavras-chave de registo. Das Unidades de Saúde privadas apenas uma participou nesta iniciativa (Observatório do Aleitamento Materno, 2012).

O carácter voluntário para se tornar “Hospital Amigo dos Bebés” tem prós e contras. A forma como o executivo e os organismos reguladores podem influenciar este processo depende das políticas adotadas. O Sr. Ministro da Saúde Dr. Paulo Macedo, em 2012 na mesma conferência já referenciada, refere que as baixas taxas de iniciação do aleitamento materno ou a sua cessação prematura têm impacto negativo, tanto do ponto de vista económico, como agravando as desigualdades em saúde. Esta realidade pode em última instância traduzir-se num aumento das despesas para as famílias e para o próprio Serviço Nacional de Saúde. Na sequência deste raciocínio propõe expandir a iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés” a outros hospitais/maternidades, expandir a iniciativa “Comunidade Amiga dos Bebés”, investir na formação dos profissionais de saúde neste domínio e que a

certificação de um hospital como “Amigo dos Bebés” passe a ser parte integrante dos programas de acreditação da Direção Geral de Saúde (DGS).

Os custos económicos associados ao processo de transformação necessário para se ser certificado não estão apurados em Portugal. Num estudo efectuado nos Estados Unidos (Langabeer, 2009) é realizada a identificação desse custo. Numa ótica de gestão de recursos, em contexto de escassez, como a que nos encontramos na atualidade, é mais difícil as organizações disponibilizarem recursos adicionais para este processo, se não houver num horizonte próximo uma mais-valia económica, para além dos já conhecidos ganhos em saúde.

Sendo o aleitamento materno uma área de interesse que tenho vindo a desenvolver no meu projeto de aprendizagem macro, transversal a todo o mestrado, que se irá traduzir num título de enfermeiro especialista, também neste estágio investi no aprofundar de conhecimentos e competências nesta matéria e pretendi contribuir de forma efetiva para a expansão da prática do aleitamento materno através da implementação das atividades planeadas sobre a temática: **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, contributo do EEESMO para a acreditação de um hospital de acordo com a iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés”.**

Foquei em particular a minha atenção no primeiro e quarto passos desta iniciativa, que mais à frente neste documento irei fundamentar.

1.3 Justificação do Tema

Porquê este tema em particular? Os casos na literatura de estudos que suportam as vantagens do aleitamento materno são vastos e dedicados aos mais variados aspectos: os benefícios biológicos, a componente protetora contra infecções, a componente protetora contra casos de malnutrição, os benefícios para o adequado crescimento e desenvolvimento psicomotor e cognitivo, os benefícios económicos e sociais são alguns passíveis de serem focados, entre outros. Poucas dúvidas existem relativamente às vantagens associadas ao aleitamento materno, então porque é que de um modo geral em todos os países, mas nos países desenvolvidos em particular, as taxas de iniciação são baixas e principalmente as taxas de abandono, após iniciação nos primeiros dias da prática do aleitamento materno, são tão elevadas? Também aqui a literatura esclarece e relaciona essa realidade com alguns aspetos potencialmente nefastos: a pressão e a força que a indústria da alimentação infantil tem, as condições sociais, o enquadramento

legislativo dos países e a deficiente proteção das mães que desejam amamentar de uma forma global, como se amamentar fosse uma escolha estranha e não um processo natural, como salienta Gonzalez (2004). Não vou aqui aprofundar cada um destes temas em particular, pois iria perder-me numa imensidão de produtos de investigação e trabalhos dos mais variados tipos onde toda esta informação vem fundamentada. Poderei, no entanto, remeter o leitor para o manual da OMS, "Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide"(WHO, 1998), onde é feita uma fundamentação de todos os tópicos abordados, bem como identificada a literatura e a evidência científica que os suporta.

Das várias leituras que efectuei, o que despertou o foco do meu interesse foi o facto de uma criança que nasce num hospital ou maternidade certificado de acordo com a IHAB, ter uma maior probabilidade de manter o aleitamento materno exclusivo ao fim de seis semanas, por comparação a crianças que nascem em locais não certificados/ ou não promotores no aleitamento materno (DiGirolano, 2008). Coloquei-me então a questão: o facto de um local ser certificado é por si só protetor contra o abandono precoce da prática do aleitamento materno exclusivo?

Em Portugal os dados existentes são insuficientes para se conseguir fazer o apuramento da realidade nacional. Os dados publicados no primeiro relatório do Observatório do Aleitamento Materno, apontam para uma taxa de iniciação de 98,5% para todo o universo dos hospitais aderentes. Desse universo de 22 hospitais, 5 são certificados de acordo com a IHAB. O que ressalta dos dados é o facto das taxas de iniciação serem iguais para este subgrupo, o que contraria todos os casos conhecidos da literatura internacional, onde o facto de uma Unidade de Saúde ser certificada ser sinónimo de aumento das taxas de iniciação e aumento da prevalência do aleitamento materno em exclusivo ao longo do tempo. Sendo a adesão ao registo nesta plataforma voluntária é natural que os aderentes tenham uma elevada motivação para a promoção do aleitamento materno, o que poderia explicar os valores obtidos. Por outro lado, a veracidade e conformidade destes dados pode ser questionada, uma vez que estes Hospitais não certificados não são alvo de nenhum tipo de avaliação, o que não se verifica nos Hospitais certificados que são avaliados periodicamente.

Muito trabalho há a fazer nesta área em Portugal, grande parte do trabalho já existente resulta da boa vontade, da motivação e do investimento, muitas vezes pessoal, com o envolvimento de vários profissionais a trabalhar em regime de voluntariado, dos vários parceiros envolvidos. Para além dos conhecidos ganhos em saúde, que se reconhecem e geram consenso, os ganhos materiais, imediatos que

poderiam ser motivadores para as várias organizações não se medem na nossa realidade. Objetivamente podemos perguntar, o que ganha um Hospital com todo o processo de certificação? Qual o retorno do investimento realizado? Será um investimento racional? Estas são algumas das questões que legitimamente podem atrasar o processo no nosso país. Falta uma política de aleitamento materno. Falta criar indicadores nacionais fidedignos, metas, objetivos, critérios de qualidade. Falta dotar as comissões consultivas já existentes nas administrações regionais de saúde, de maior poder e criar mecanismos de compensação que estimulem as organizações a aderir a esta iniciativa e encontrem na certificação uma vantagem comparativa. Falta reconhecer a amamentação como um direito inalienável das mães/famílias e dos seus filhos e criar não só o "Hospital Amigo dos Bebés", mas num sentido mais lato a "Comunidade Amiga dos Bebés".

1.4 Âmbito das Ações Desenvolvidas Relativamente à Temática

Dentro das dez medidas identificadas pela Unicef/OMS para um hospital ser certificado como "Hospital Amigo dos Bebés", o âmbito deste projeto incidiu sobre: **passo 1 (um)**: Ter uma política de aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde; **passo 4 (quatro)**: Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento.
Tendo como base o documento de trabalho para autoavaliação da comissão nacional para a certificação dos hospitais de acordo com a iniciativa "Hospital Amigo dos Bebés" (Comissão Nacional IHAB, 2013) foram sistematizados os <u>critérios de conformidade</u> e <u>critérios utilizados pela comissão para a certificação</u> para cada uma dessas medidas/passos (APÊNDICE III).

Justificar porque optei por estas duas medidas prende-se com o meu interesse particular e com o contexto global onde o Estágio com Relatório decorreu. O Hospital em causa pretende ser certificado como "Hospital Amigo dos Bebés". O primeiro passo, tanto no sentido lato como estrito, é ter uma política conhecida por todos e por todos partilhada. É importante motivar os vários grupos profissionais, de forma a garantir o sucesso da iniciativa. A formação de um comité constituído por profissionais de várias esferas, a criação de uma política elaborada e apoiada por esse grupo de profissionais é o começo natural da iniciativa. São estes os pontos que me propus potenciar e sobre os quais recairá a análise relativamente ao percurso formativo no capítulo seguinte. No Apêndice IV apresento uma breve descrição da unidade de saúde onde o estágio decorreu.

Existem múltiplos artigos publicados onde é relatado o processo de certificação. Num artigo publicado nos Estados Unidos em 2012 (Smith, 2012), a medida quatro foi apontada como uma das mais difíceis devido à resistência dos profissionais, bem como devido aos procedimentos rotineiros que impactam com a atuação de vários elementos de uma equipa multidisciplinar.

Uma vez que o estágio decorreu na urgência obstétrica e no Bloco de Partos, fez-me sentido investir neste quarto passo, uma vez que era expectável que surgissem inúmeras oportunidades de observar as práticas de cuidados de outros cuidadores, bem como de intervir enquanto estudante. Neste percurso defendi os *standards* aqui identificados como ideais e defensores/promotores do aleitamento materno através das minhas intervenções junto das famílias a quem prestei cuidados.

1.5 Objetivos Definidos Relativamente à Temática

O desenvolvimento de competências na prática clínica, a articulação, integração e mobilização dos vários conceitos adquiridos no período teórico, bem como a mobilização e sedimentação de nova informação, só possível com a experiência e a dúvida, foram o principal foco do meu trabalho. Nessa perspetiva identifico no quadro abaixo os objetivos que me propus atingir. Para alcançar esses objetivos mobilizei saberes, não só específicos do EEESMO, como também competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente aquelas previstas nos projetos na área da qualidade. Por último foram também desenvolvidas as competências definidas pela **Internacional Confederation of Midwives.**

Figura 1: Objetivos gerais e específicos do projeto

I. Objectivos Gerais

I.1. Contribuir para a promoção do aleitamento materno num hospital que pretende ser certificado como "hospital amigo dos bebes", através de cuidados de enfermagem especializados;

I.2. Desenvolver competências que me permitam atingir o título de enfermeiro especialista na área de saúde materna e obstétrica;

I.3. Identificar que cuidados de enfermagem especializados são promotores do aleitamento materno em cada ensino clínico.

II. Objectivos Específicos

II.1. Contribuir para a certificação do hospital de acordo com os critérios da iniciativa "hospital amigo dos bebes";

II.2. Colaborar com o hospital para a criação de um comité responsável pela elaboração da política de aleitamento materno para aquela instituição;

II.3. Contribuir para a divulgação das "melhores práticas" promotoras do aleitamento materno, mandatórias para a certificação do hospital como "hospital amigo dos bebés";

II.4. Contribuir para a implementação do contacto pele a pele imediatamente após o nascimento, com uma duração igual ou superior a 1 hora;

II.5. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento na primeira hora após o nascimento;

II.6. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento no momento do contacto pele a pele.

Estes objetivos foram posteriormente incorporados no documento complementar solicitado pela docente orientadora (APÊNDICE V), encontrando-se agregados por quatro objetivos macro, delineados para a UC **Estágio com Relatório**. No capítulo seguinte irei fazer a análise do percurso formativo, que incidirá sobre cada um destes quatro objetivos, qual o percurso desenvolvido, estratégias adotadas, reformulação, dificuldades, limitações e quais as competências desenvolvidas neste percurso formativo (APÊNDICE VI).

1.6 Considerações Éticas

A relação terapêutica intencional, suportada por uma relação de ajuda numa perspetiva de apoio e facilitação das transições vividas, foi o objetivo último das minhas intervenções junto dos clientes. Apoiar a transição para a parentalidade positiva (Lopes, 2010) de forma saudável, que permita aos clientes maximizar as suas potencialidades, estimulando sentimentos de auto-eficácia e autonomia, foi o foco dos cuidados que promovi junto dos mesmos.

Subjacente a todas as intervenções junto dos clientes esteve o respeito pela individualidade e pela autodeterminação, pedra basilar das escolhas informadas e dos cuidados culturalmente sensíveis, cabendo-me enquanto estudante apoiar a tomada de decisão livre e esclarecida.

Foi criado um instrumento de registo da interação com as famílias, tendo sido solicitado o consentimento tácito para a recolha de informação decorrente da prestação de cuidados.

Foi feito um diagnóstico relativamente à prática de cuidados dos profissionais, tendo para tal sido solicitado ao Conselho de Administração autorização para a aplicação do instrumento de autoavaliação dos hospitais utilizado pela comissão nacional IHAB Unicef/OMS, que certifica os hospitais como HAB (ANEXO I).

As diversas atividades desenvolvidas no âmbito deste estágio respeitaram na sua globalidade o Código de Nuremberga (TIN, 1947) para a recolha de dados e para a prática de cuidados em seres humanos.

2 ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

Neste capítulo irei fazer uma apreciação crítica do meu percurso formativo nas vertentes científica, técnica e relacional.

Este ensino clínico foi extremamente rico pela multiplicidade de experiências que proporcionou. As necessidades de aprendizagem sentidas estão subjacentes aos objetivos propostos, bem como às atividades planeadas para cada objetivo. A primeira estratégia que adotei foi o significativo investimento realizado em estudo e revisão bibliográfica relativamente às várias temáticas aqui abordadas. Para cada objetivo fixado foi realizada uma revisão bibliográfica e identificada a evidência científica nas várias áreas envolvidas e mobilizadas nos cuidados prestados.

A integração e mobilização de conhecimentos na prática de cuidados e o desenvolvimento da capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas em contextos multidisciplinares através da análise e discussão das várias situações vividas com a enfermeira orientadora foi uma atividade/estratégia preponderante para o meu crescimento e desenvolvimento pessoal, académico e profissional, transversal a todos os objetivos propostos.

Como sabemos, o ideal e o possível por vezes distanciam-se em maior ou menor escala, tendo sido o meu principal objetivo usufruir das experiências que foram sendo proporcionadas e de uma forma proactiva procurei essas experiências, sempre que tal se revelou exequível, de forma a alcançar o desenvolvimento de competências a que me propus. Nesta perspetiva pude observar múltiplas situações clínicas e discutir com os vários elementos da equipa multidisciplinar as propostas terapêuticas, o que constituiu elementos pedagógicos de grande riqueza. A atitude descrita foi uma estratégia de maximização de experiências, que se revelou bastante frutífera e compensadora. Os ganhos obtidos foram de vária ordem, desde logo a integração com os elementos da equipa multidisciplinar proporcionou momentos de aprendizagem de elevada qualidade e riqueza, o ampliar o leque de experiências observadas e finalmente a maximização dos outputs deste processo de aprendizagem.

A principal dificuldade com que me deparei neste percurso foi o excessivo *gap* entre a formação teórica e a realidade da prática clínica. Para ultrapassar essa dificuldade desenvolvi como estratégia a revisão bibliográfica e o estudo teórico, a procura de experiências na prática clínica e a discussão das mesmas, em particular com a orientadora do local e no geral com a equipa multidisciplinar. Adicionalmente, procurei o apoio da docente que orientou este ensino clínico, que se revelou um

suporte valioso em bibliografia recomendada, bem como pela partilha da sua experiência e conhecimento nestas matérias.

O acolhimento e a continuidade dos cuidados foi assegurado em todos os contextos onde tal se manifestou necessário e pertinente, de forma a garantir a segurança dos cuidados prestados globalmente aos clientes e tendo por base os princípios da qualidade.

Respeitando os modelos norteadores do pensamento, nos quais os cuidados de enfermagem se alicerçam, tive a preocupação de construir, pensar e implementar os cuidados que prestei a estes clientes e suas famílias, de acordo com uma abordagem holística centrada no indivíduo e nas suas particularidades nomeadamente as sensibilidades culturais.

No modelo de "adoção do papel materno" desenvolvido por Ramona Mercer (Meighan, 2011), esta teoriza a forma como a mulher e a família adotam e vivenciam este processo de se tornar mãe/pai. Recorri aos conceitos da teoria de Mercer relativamente às quatro etapas para a adoção do papel materno: Fase de **antecipação** que se inicia na gestação e na relação que a mulher desenvolve com o feto, a fase **formal** que surge com o nascimento e que marca o início do seu papel enquanto mãe, a fase **informal** em que a mãe e o pai desenvolvem competências autónomas para realizar o seu papel e a fase **pessoal** que consiste na interiorização do papel materno/paterno em que ambos desenvolveram confiança e competência para o desempenho (APÊNDICE I).

No âmbito deste estágio contactei com famílias a vivenciarem todas estas fases. As famílias junto das quais intervi na assistência durante o parto (no segundo estágio) estavam tipicamente a vivenciar uma transição entre a primeira e a segunda fase, de acordo com esta teoria. O momento do parto é um dos elementos que segundo esta autora vai influenciar a forma como o novo papel é interiorizado. A resposta do bebé aos estímulos, a capacidade para enviar sinais (por exemplo os sinais de prontidão) são outros elementos importantes desta interação bebé/família, que se traduz num processo que culmina com a interiorização do papel materno/paterno e com sentimentos de confiança e auto-eficácia.

Quando este processo de adoção do novo papel está comprometido é necessário intervir com cuidados de suplementação (Meleis 2010). Foi isso que fiz ao apoiar as famílias no estabelecimento da primeira mamada. Sempre que possível adotei uma postura "hands-off", estimulando a confiança e a independência. Quando tal não se mostrou suficiente, houve necessidade de apoiar recorrendo a uma técnica "hands-on".

Os cuidados antecipatórios, educação para a saúde, educar especificamente relativamente a sinais de prontidão, pega correta, posição do RN e da puérpera que otimizem a amamentação, são exemplos de intervenções que desenvolvi junto das famílias e que estão documentados no **registo de interação** que desenvolvi para documentar as minhas intervenções relativamente à implementação do passo quarto da IHAB (APÊNDICE VII). Alertar as clientes numa ótica de cuidados antecipatórios para os sinais ou sintomas expectáveis associados a esta transição, informar sobre os sinais de alerta de forma a detetar precocemente situações de risco potencial e intervir em tempo útil, informar quais os recursos da comunidade disponíveis para a apoiar especificamente nesta fase do processo de se tornar mãe/pai, foram implementados numa lógica de suplementação efetiva, quando o défice foi detetado ou preventivamente (APÊNDICE I). Esta prática foi transversal para todas as clientes e famílias com as quais interagi e está documentado no **registo de interação** para as clientes com as quais colaborei no 2º e 3º estádios do TP (APÊNDICE VII). Considero que a educação e os cuidados antecipatórios são uma função central da enfermagem e um imperativo enquanto EEESMO. No regulamento de competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 122/2011, 2011) a dimensão da educação é sublinhada na medida em que a educação dos clientes, dos pares, a orientação, o aconselhamento, a responsabilidade de descodificar e a melhoria das práticas pela inovação e avanço da disciplina pela investigação, são responsabilidades atribuídas a este profissional (EEESMO) e por mim assumidas em pleno neste estágio através das intervenções especializadas que promovi junto dos clientes a quem prestei cuidados.

Todas as intervenções desenvolvidas foram registadas de acordo com as normas existentes na instituição. Nesta instituição o processo clínico está informatizado. Os planos de cuidados são individualizados, são atualizados em tempo real e estão suportados pela linguagem CIPE (OE, 2011). Realizei registos e transmiti verbalmente as intervenções desenvolvidas, bem como assegurei a referenciação para outros técnicos, de forma a garantir a continuidade dos cuidados ou sempre que a situação, pela sua complexidade, ultrapassava os limites da competência do EEESMO. Assegurei a transferência da cliente/RN para o serviço adequado, promovendo processos de transição satisfatórios e tranquilizadores.

Passo de seguida a analisar de forma mais específica as várias atividades desenvolvidas por objetivo proposto (APÊNDICE V), tendo por base uma avaliação crítica das actividades, uma reflexão sobre o percurso de aprendizagem alcançado e competências adquiridas. Assumirei como realizadas todas as atividades não

mencionadas e globalmente alcançados os objetivos quando o contrário não estiver explicitamente identificado. As competências desenvolvidas estão identificadas na descrição detalhada de cada objectivo. Para consultar todas as atividades desenvolvidas para cada objetivo o leitor deverá consultar o Apêndice V**.**

OBJECTIVO 1
Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal durante o período pré-natal em contexto de urgência obstétrica ou ginecológica
COMPETÊNCIA A DESENVOLVER (Regulamento n.º 127/2011): H2, H6, H7

Avaliação Crítica das Atividades Desenvolvidas / Reflexão Sobre o Percurso de Aprendizagem:

Relativamente a este objetivo foi possível participar em consultas de enfermagem na urgência obstétrica e ginecológica.

Nesta consulta está implementado o sistema de triagem de Manchester. O enfermeiro é o técnico responsável pela utilização do software de triagem clínica e categoriza cada situação clínica de acordo com uma escala de prioridades de atendimento. Todos os enfermeiros que operam este sistema receberam formação específica relativamente a esta metodologia de triagem. Na minha prática profissional tenho uma larga experiência em triagem clínica mas num contexto diferente de uma urgência. Foi extremamente interessante e enriquecedor poder participar nesta atividade e desenvolver novas competências nesta matéria. O principal ganho em aprendizagem foi na compreensão e descodificação das queixas dos clientes, de forma a atribuir a correta classificação em termos de necessidade de cuidados para cada situação clínica. A correta compreensão dos sintomas e relacioná-los com as varias situações clínicas possíveis, exigiu de mim um estudo aprofundado contribuindo para o meu progresso enquanto estudante e para a sedimentação do meu corpo de conhecimentos nesta matéria.

Pela pressão colocada pelo número de partos mínimo, mandatório para se alcançar o título de EEESMO, a participação em consultas de urgência foi limitada e inferior ao que eu teria expectado, pelo que considero ter sido essa uma limitação deste estágio.

A variabilidade de situações clínicas que surgem nesta urgência é grande, mas pela natureza deste estágio e pelas competências que pretendi desenvolver em particular, direcionei de forma mais marcada o meu foco de atenção para as

situações de urgência obstétrica. Nesta perspectiva estudei os protocolos da instituição para algumas situações clínicas *standard*, participei e implementei cuidados de enfermagem especializados relacionados com situações clínicas de urgência, nomeadamente na avaliação geral, observação física e avaliação de parâmetros vitais no contexto particular do cliente. Implementei ainda cuidados relacionados com a avaliação do estado psico-emocional, avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal, de acordo com a idade gestacional: AFU, ABCF, estática fetal com recurso às manobras de Leopold, cardiotocografia, avaliação das características do colo uterino e pelvimetria, avaliação de resultados de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análises clínicas e ecografias (ginecológica e obstétrica).

Reportando-me ao trabalho de Patrícia Benner sobre as competências dos enfermeiros e os vários níveis que percorrem em contexto de prática clínica, de Iniciado a Perito (Benner, 2001), esta refere que o conhecimento clínico surge pela combinação dos conhecimentos práticos, o que fazer em contexto de prática, e os conhecimentos teóricos. Este conhecimento clínico é denominado de “experiência” e é adquirido ao longo do tempo.

Uma enfermeira perita, que é como me sinto no contexto da minha prática profissional atual, pode ficar ao nível de uma iniciada se o seu contexto de atuação for alterado (Benner, 2001). É necessário toda uma incorporação de objectivos e dos vários aspectos inerentes aos cuidados no novo contexto de atuação clínica.

A principal dificuldade que senti foi o défice de perícia na avaliação das características do colo uterino, pelvimetria e avaliação da variabilidade fetal, o que condicionou a minha capacidade de realizar juízos clínicos relativamente às situações em causa e implementar um plano de cuidados adequado.

A primeira iniciativa que tive foi realizar uma pesquisa bibliográfica, de forma a adquirir o conhecimento necessário face à lacuna identificada. Constitui um desafio adicional para o desenvolvimento das competências técnicas, a limitação temporal relacionada com a duração do estágio em causa. Foi no entanto notório, o meu desenvolvimento nesta matéria, fui adquirindo competência nas avaliações e nos juízos clínicos que emitia relativamente aos contextos complexos de prestação. Esta evolução permitiu-me desenvolver um maior grau de confiança e proficiência que se refletiu nas competências adquiridas e desenvolvidas.

A principal implicação para a aprendizagem em contexto de iniciado é a necessidade de aprender a estabelecer prioridades, bem como distinguir o essencial do acessório. Benner sugere que, para o ensino de enfermeiros proficientes se

recorra ao método indutivo através da análise de casos clínicos ou estudos de caso (Benner, 2001).

Nesta perspetiva fui de forma ativa optando por recorrer à discussão das várias situações clínicas com a enfermeira orientadora e nalguns casos com a professora, o que me ajudou a construir uma linha de raciocínio e a sedimentar a minha capacidade de análise, com vista à resolução de problemas complexos tal como se espera de um EEESMO.

A curva de aprendizagem descrita foi sendo notória e traduz-se na evolução positiva da avaliação que a orientadora, a docente e eu enquanto estudante fizemos relativamente à prática clínica e ao meu desempenho neste contexto.

OBJECTIVO 2
Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal, durante os 4 estádios do trabalho de parto.
COMPETÊNCIA A DESENVOLVER (Regulamento n.º 127/2011): H3, H4

Avaliação Crítica das Atividades Desenvolvidas / Reflexão Sobre o Percurso de Aprendizagem:

Os movimentos de humanização do parto que surgem e ganham força progressiva traduzindo-se na alteração de práticas dos profissionais, devolvendo à mulher e à família o ónus da decisão e o controlo desse evento, o parto, estão a crescer em Portugal e a ganhar terreno na linha operacional da oferta de cuidados de saúde.

Os organismos nacionais como a APEO, que em 2009 publicou um documento de consenso relativamente às práticas dos profissionais relativamente ao parto (APEO, 2009), contribuem de forma ativa para essa mudança. Mais recentemente a OE lançou um projeto na área da qualidade, Projeto Maternidade de Qualidade (OE, 2013), que representa mais um impulso no progresso das organizações para o caminho da humanização do parto e para que os profissionais pautem a sua prática de acordo com a melhor evidência que integra o contacto pele a pele mãe/RN, como um dos indicadores de qualidade e para o qual o terceiro objectivo que delineei concorre.

Já em 1996, altura em que a OMS publicou um manual de assistência ao parto normal, onde identifica as práticas recomendáveis e não recomendáveis de acordo com a melhor evidência disponível no momento, são identificados

procedimentos rotineiros não recomendáveis, que continuamos a ver, de forma regular, nas nossas maternidades.

Estamos em 2014, passaram 18 anos e continuamos a assistir nos hospitais a práticas rotineiras, instituídas de forma não fundamentada e que contrariam as recomendações genericamente difundidas pelos modeladores de opinião reconhecidos pela sua idoneidade, como sejam ACOG, NICE, OMS, OE, entre muitos outros.

Um importante indicador da qualidade da assistência no parto é a taxa de cesarianas. Em Portugal a crescente taxa de cesarianas é um fator de preocupação e um indicador negativo da qualidade dos cuidados prestados. Em 1999, a taxa de cesarianas em Portugal era de 26,8% e em 2011 atingiu os 35,8% do total de partos (Pordata, 2013). Uma vez que a OMS situa essa taxa entre os 10% e os 15% (APEO, 2009), podemos concluir que progressivamente nos afastamos desse objetivo.

Adicionalmente, as taxas de natalidade em Portugal têm vindo a descrever um perfil descendente persistente. Em média, as pessoas têm 1,03 filhos, pensam vir a ter no máximo 1,77 filhos e desejariam ter 2,31 filhos (INE, 2013). A conjuntura social do país tem exercido uma pressão sobre as famílias que afeta a natalidade e os profissionais de saúde não podem ser alheios a esta realidade. Dados do INE (2013) identificam como a principal causa para a decisão de não ter filho ser, “custos financeiros associados a ter filhos”, sendo a segunda causa, no caso das pessoas que não têm nenhum filho a “dificuldade para conseguir emprego”.

Esta realidade faz ressaltar a importância acrescida que ter um filho tem hoje na nossa sociedade contemporânea. Geralmente existe um significativo investimento do projeto parental, pelo que as pessoas de um modo geral têm espectativas elevadas relativamente a este importante evento das suas vidas.

Enquanto futura EEESMO esta realidade tem que estar subjacente às minhas ações, tanto no que concerne à minha responsabilidade para com o cidadão e em sentido mais alargado à minha responsabilidade para com a sociedade. A comunicação aos cidadãos relativamente ao que podem esperar do EEESMO está patente nos documentos reguladores das competências (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011; Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, 2011), e em sentido inverso cabe ao EEESMO saber o que espera dele o cidadão, as famílias e a sociedade.

Para um estudante que teve uma formação teórica que defende o parto natural, reveste-se de uma dificuldade acrescida contactar com realidades da prática

clínica com abordagens intervencionistas, com condução ativa do parto, gerando sentimentos de ambiguidade e ambivalência relativamente às condutas a adotar. Esta foi sem dúvida uma fonte de tensão durante este estágio. Enquanto estudante a minha primeira formação foi teórica, esta formação teórica nalguns casos não encontrou eco na prática clínica, o que se traduziu numa dificuldade acrescida no processo de aprendizagem.

Como estratégia optei por uma conduta de prática baseada na evidência, adotando uma postura de negociação com a EEESMO orientadora do local de estágio, o que se verificou bastante positivo. A EEESMO, uma pessoa bastante favorável ao movimento da humanização do parto e defensora das suas premissas, foi um elemento facilitador deste processo de aprendizagem e contribuiu de forma bastante significativa para o seu sucesso.

Destaco das competências desenvolvidas a capacitação do cidadão, neste caso da parturiente e família, para a tomada de decisão de forma livre e esclarecida relativamente às escolhas de medidas farmacológicas e não farmacológicas do controlo da dor. A minha principal dificuldade nesta matéria, inicialmente, foi saber o que propor, o que se adequava a cada fase/estádio relacionando os riscos/benefícios com a situação clínica em causa. Um exemplo prático disso é saber, em caso de rotura de membranas, quando podemos sugerir à parturiente a deambulação. Desenvolver essa competência foi um objetivo alcançado e fruto de um trabalho de estudo que envolveu revisão bibliográfica, discussão de casos e aquisição de competências na prática de cuidados. A implementação de cuidados de enfermagem relacionados com as técnicas não farmacológicas e farmacológicas para o controlo da dor foi uma atividade bastante compensadora e pedagógica. O EEESMO que orientou este estágio foi um aliado neste percurso evolutivo criando as condições de apoio, necessárias ao meu desenvolvimento nesta matéria. Desenvolvi intervenções autónomas e interdependentes relacionadas, nomeadamente com: musicoterapia, posições de alívio da dor, massagem, hidroterapia, colaboração na colocação de cateter epidural, administração de fármacos analgésicos e anestésicos, monitorização da dor, negociação com cliente de estratégias de controlo de dor, entre outros.

A aquisição de competências relativamente a este objetivo reflete-se de forma transversal em várias temáticas: o apoio do EEESMO durante o período expulsivo, as posições possíveis de adotar que podem favorecer este momento do parto e que vão ao encontro das preferências da parturiente. Saber que posição sugerir, os riscos e benefícios associados a cada uma, relacionar esse

conhecimento com a avaliação específica de cada parturiente e conseguir definir um resultado esperado para cada ação, foi o meu objetivo. O balanço apesar de bastante positivo em termos de curva de aprendizagem, também é de que ainda há um longo caminho a percorrer. Considero que este é um saber longe de ter sido amplamente alcançado e que certamente no futuro, assim tenha essa oportunidade, continuarei a desenvolver. A dequitadura, condutas a adotar, resolução de problemas como retenção de membranas, revisão uterina manual, avaliação do tipo de placenta e condutas a adotar foi igualmente um foco da minha atenção. Como se pode observar pela leitura dos registos de interação (APÊNDICE VII) cuidei de clientes com situações clínicas variadas que me permitiram diversas experiências. Adotei geralmente uma conduta passiva na condução da dequitadura, de acordo com a prática instituída na organização e adotada pela minha orientadora do local de estágio. Tive oportunidade de fazer revisão uterina manual por retenção de membranas fragmentadas e acompanhei uma parturiente ao bloco para revisão uterina cirúrgica por retenção placentar. Todas estas experiências fizeram-me crescer enquanto estudante e futura EEESMO, proporcionaram-me as experiências de aprendizagem necessárias, por outro lado ao ser colocada perante famílias a viverem uma situação inesperada face ao nascimento, uma situação fisiológica em que não se antevêem complicações, colocou-me perante o inesperado gerador de medos e ansiedades que foi necessário ultrapassar. Apoiar as famílias a viverem estas transições simultâneas, de ciclo de vida/desenvolvimento e saúde/doença (Meleis, 2010), ajudou-me a desenvolver novas competências nomeadamente no apoio à amamentação quando a mãe tem que ser temporariamente afastada do RN.

No decorrer do estágio tive oportunidade de implementar cuidados de enfermagem especializados relacionados com os 4 estádios do trabalho de parto à semelhança do mencionado no objetivo anterior. Nessa perspectiva assegurei cuidados de enfermagem no âmbito da vigilância da progressão do trabalho de parto, avaliando sinais e sintomas que permitam detetar precocemente situações de risco materno-fetais, agindo em conformidade, nomeadamente alterações da FCF, contractilidade uterina, distocia mecânica ou dinâmica, alterações dos parâmetros vitais da cliente, avaliação do processo de involução uterina e realização de expressão uterina: vigilância da formação do globo de segurança de Pinard e das perdas hemáticas, realização de dequitadura natural, vigilância da integridade das membranas e cotilédones e do cordão umbilical.

Destaco como prática menos positiva a monitorização contínua com cardiotocógrafo, de acordo com protocolo institucional, o que contraria a melhor

evidência existente, causa desconforto e ansiedade desnecessária na cliente e convivente significativo, ou como Mercer designa acompanhante, e dificulta a mobilidade. Também a colocação de cateter endovenoso por rotina foi uma prática que me pareceu desadequada, mas que está em vigor na instituição, sendo o seu uso um procedimento de rotina. Uma das parturientes manifestou claramente o desejo de não lhe serem administrados fluídos endovenosos. Uma vez que era uma multípara, foi negociado com a mesma a colocação de cateter que ficou obturado durante todo o trabalho de parto, só após a dequitadura se administrou ocitocina, para prevenção da hemorragia pós-parto, com o consentimento da parturiente. Uma outra parturiente gesta 2 para 1, igualmente manifestou o desejo de não lhe ser administrada fluidoterapia endovenosa. Apesar do trabalho de parto estar a decorrer sem intercorrências e a parturiente ter recusado qualquer controlo farmacológico da dor, ainda assim, de acordo com normas da instituição, foi solicitado à parturiente que aceitasse a colocação de acesso venoso periférico que ficaria obturado e seria usado em caso de necessidade. Neste último caso não considero que houvesse justificação clínica para este procedimento, pelo que o considero rotineiro e desnecessário.

Com a prática clínica fui adquirindo proficiência e confiança, de forma a progressivamente adquirir uma maior independência no planeamento e gestão dos cuidados nos 4 estádios do trabalho de parto. À semelhança do que tenho vindo a defender, considero que o recurso a estudo de casos paradigmáticos da prática clínica deveria ser uma estratégia adotada durante o período teórico, que faria certamente a ponte da teoria para a prática e apoiaria o aluno na formação do seu juízo clínico, que é a base para a ação. Senti essa lacuna que tentei colmatar e ultrapassar adotando as estratégias já descritas, no entanto reforço a necessidade de se ajustar o paradigma adotado em termos de ensino/aprendizagem, de forma a melhorar as condições do estudante, principalmente quando não pertence ao meio da ginecologia-obstetrícia.

As sessões de análise de práticas que decorreram na escola foram uma iniciativa de partilha que se revelou positiva e trouxe *inputs* de qualidade para o percurso desenvolvido.

Uma vez que, considero que a prática reflexiva deve ser encarada como uma técnica de melhoria contínua e eventualmente até como uma ferramenta individual e coletiva que as equipas podem usar para crescerem como um todo, saliento a elaboração dos jornais de aprendizagem, pelo seu valor e contributo para uma prática consciente e informada (APÊNDICE VIII).

Relativamente a esta matéria, adotei como tema central do primeiro jornal o consentimento informado e a forma como é obtido e como temática para o segundo jornal as dificuldades sentidas na implementação do projeto de estágio, relativamente ao passo quatro da IHAB. Relativamente ao primeiro jornal, refere-se a uma situação em que a parturiente deseja fazer epidural, mas não assinou o consentimento informado mandatório para a realização do procedimento. Neste jornal discuto qual o papel que o EEESMO deve ter na obtenção deste consentimento e qual o melhor momento para informar a parturiente e família, de forma a criar as melhores condições para uma decisão livre e esclarecida. Em súmula, importa mobilizar as competências do EEESMO relativamente à preparação para o nascimento e parentalidade (Regulamento n.º 127/2011, 2011), base para a minha atuação. Na altura fiquei com dúvidas relativamente ao tipo de informação que poderia facultar o que criou em mim a necessidade de refletir sobre esse tema. É da competência do EEESMO facultar toda a informação e esclarecer, de forma a que a família possa fazer escolhas informadas e exercer os seus direitos de cidadania relativamente à tomada de decisão em contexto de saúde/doença. O nascimento e as escolhas individuais relativamente ao mesmo são da responsabilidade do cidadão no seu exercício de cidadania. Ao EEESMO cabe apoiar os clientes, para que de forma segura e no respeito pela lei exerçam em pleno esses mesmos direitos. Relativamente ao segundo jornal, as mais-valias para o meu desempenho são discutidas amplamente no objetivo seguinte.

Destaco como uma das áreas onde senti maior dificuldade, toda a análise que apoia a decisão de ser mais ou menos conservadora no uso da episiotomia e conduta a adotar relativamente ao período expulsivo, nomeadamente na proteção e massagem do períneo. Nesta matéria, desenvolvi uma pesquisa sobre a melhor evidência disponível e considero ser esta uma área em evolução relativamente ao meu processo de aprendizagem. Nesta perspetiva implementei cuidados de enfermagem relacionados com a realização de episiotomia, em caso de risco de laceração perineal grave ou risco relacionado com o bem-estar fetal e realização de perineorrafia.

A episiotomia utilizada no período expulsivo durante o trabalho de parto tem como objectivo ampliar a dimensão do intróito vaginal. Foi uma técnica cirúrgica inovadora introduzida com o objectivo de diminuir as lacerações vaginais graves. Esta técnica foi sendo aplicada de forma progressivamente indiscriminada, tornando-se uma rotina muitas vezes desnecessária. Nos últimos anos existem múltiplos estudos que têm como objecto de estudo a compreensão da necessidade de

utilização desta técnica relativamente aos seus benefícios. De acordo com a OMS (1996), esta técnica deve ter um uso limitado, a sua utilização não é proibida, mas deve ser restringida a onde se verifique um efetivo ganho relativamente ao custo benefício. Ainda de acordo com esta fonte é desejável que a taxa de episiotomia não ultrapasse os 10%.

Os resultados que obtive afastam-se largamente destes valores de referência, o que me leva a perguntar o que poderia ter feito de diferente. Das 35 parturientes que apoiei no período expulsivo, 66% foram submetidas a episiorrafia e as restantes sofreram lacerações de Grau I ou Grau II que tiveram que ser suturadas. Daqui resulta que 100% foram submetidas a procedimentos de reparação cirúrgica do períneo após o parto. Estes dados podem de alguma forma ser explicados se cruzados com a paridade, uma vez que 57% das parturientes da população considerada eram primíparas.

A literatura mostra que aproximadamente 60% das mulheres terão uma laceração perineal ou serão submetidas a episiotomia, que necessitará de reparação cirúrgica no seu primeiro parto. Cerca de 40% das primíparas irão sofrer lesões nos lábios vaginais levando a uma incidência de reparação cirúrgica associada ao parto na ordem dos 70-80% (Kindberg, Sara F. 2008).

As lacerações perineais são mais frequentes nas primíparas. As lacerações de primeiro grau normalmente não necessitam de ser suturadas, as de segundo grau necessitam normalmente de reparação cirúrgica podendo a técnica ser feita sobre anestesia local, cicatrizando sem outras complicações. Apesar destes dados a prática adotada no local de estágio é para suturar mesmo das lacerações de Grau I, ainda que muitas vezes apenas com aplicação de pontos isolados de aproximação dos bordos, com o objetivo de melhorar o desconforto no pós-parto. Procedi em conformidade com esta prática de acordo com a tutoria recebida no local.

De acordo com a OMS (1996) as lacerações de terceiro grau têm de uma forma geral uma maior probabilidade de complicações, tais como incontinência fecal ou o aparecimento de fístulas, a sua reparação deve ser feita por um obstetra numa sala operatória com o equipamento necessário, sempre que possível. Não tive nenhum destes casos, o que poderá ser interpretado como um resultado favorável decorrente da elevada taxa de episiorrafias.

Resultante da investigação, múltiplos estudos alertam para os malefícios da episiotomia de rotina. Uma revisão da literatura relativamente a este tema publicada na Cochrane library (Carroli G, Belizan J., 2000) vem mostrar que o uso restrito da episiotomia resulta numa diminuição dos traumatismos posteriores do períneo,

menos necessidades de suturas e menores complicações. Relativamente aos traumatismos vaginais ou perineais graves, à dor, à dispareunia ou incontinência urinária, o uso limitado de episiotomia não mostrou trazer agravamento para estas situações. Relativamente à técnica da episiotomia média lateral e média, este estudo não encontra diferenças relativamente aos resultados de uma ou outra, pelo que se recomenda quando necessário a utilização da técnica mais conhecida pelo profissional que assiste ao parto. Outros estudos vêm apontar para resultados diferentes, recomendando a incisão média lateral em detrimento da incisão média ou mediana, com a justificação que a incisão mediana está mais associada a lesões do esfíncter anal (Power, David, 2006). O que ressalta destes estudos é que a pedra basilar assenta no juízo crítico que o profissional que está a colaborar no parto faz das condições de cada parturiente e do risco de laceração grave (Grau III, ou mais). Uma vez que me encontro numa posição de grande inexperiência tive dificuldade em fazer escolhas no momento da decisão e poderei ter tido uma prática defensiva. Importa no entanto referir que, sempre agi no melhor interesse da cliente e tentei prevenir as lacerações graves. Discuti cada caso com a orientadora e mantive um olhar crítico sobre a minha prática de forma a ganhar maior competência nesta matéria.

Relativamente à proteção do períneo, a técnica de “guardar o períneo” vem descrita em múltiplos livros de texto, o objectivo é com o manuseio da cabeça fetal proteger o períneo de uma aproximação excessivamente rápida, que não permita a adaptação dos tecidos ao volume do feto. Uma mão faz pressão no períneo, enquanto a segunda mão ampara e pressiona (apoia) a cabeça do feto, de forma a conseguir uma coroação progressiva, garantindo uma adaptação dos tecidos e tendo como objectivo a sua integridade. Esta manobra é controversa e se por um lado pode prevenir a laceração por outro ao interferir com o trajeto fisiológico da cabeça do feto, pode empurrá-la para o períneo agravando o risco de laceração (OMS, 1996).

A técnica de apoiar o períneo encontra na literatura tomadas de posição divergentes. Existem estudos que defendem técnicas passivas (Hands off or poised - HOOP) onde o técnico que está a assistir ao parto limita-se a amparar o feto no nascimento, não manipulando o períneo ou o feto em nenhuma fase do período expulsivo. Existem outros estudos onde esta técnica é questionada por falta de sustentação científica (McCarthy, 2009). No estudo citado é realizada uma referência ao aumento das lacerações perineais após uma adesão massiva por parte das enfermeiras obstetras de técnica HOOP.

Num estudo que envolveu 1076 mulheres onde é realizada a comparação dos dois métodos “hands off or poised” e “hands on”, conclui-se que no método “hands on” existe uma maior probabilidade de intervenção, nomeadamente de episiotomia e lacerações de terceiro grau. A isquémia provocada pelo manuseamento dos tecidos do períneo é um factor de risco nas lacerações perineais graves (Mayerhofer K., 2002). A investigação relativamente à manipulação do feto durante o período expulsivo com o objectivo de prevenir as lacerações perineais é insuficiente para se defender uma ou outra técnica. Aqui uma vez mais se apela à técnica com a qual o profissional se sinta mais confiante. Uma vez que ainda não tive o percurso necessário para a aquisição desta proficiência tive algumas vezes dificuldade na tomada de decisão. Fui discutindo cada caso com a orientadora e ganhando maior proficiência. Considero no entanto que esta é uma área onde tenho que continuar a investir de forma a sentir-me mais confiante.

A massagem perineal na última parte do segundo estádio, com o objectivo de tornar os tecidos mais flexíveis é também ela controversa. De acordo com a OMS (1996) esta técnica nunca foi devidamente testada de forma a comprovar a sua eficácia. De qualquer forma, existem dúvidas quanto aos benefícios de friccionar tecidos edemaciados e bastante vascularizados. Num estudo aleatório realizado num centro de partos da cidade de São Paulo onde a variável em comparação foi a aplicação de massagem perineal com vaselina durante o parto, concluiu que a frequência de laceração perineal foi semelhante em ambos os grupos (Araújo, 2008).

A massagem perineal nas últimas 4/5 semanas de gravidez antes do parto, por um período de 5 a 10 minutos, mostrou ter alguns benefícios, entre eles, a redução da dor e desconforto e a redução da episiotomia (Beckmann MM, Garrett AJ, 2006). Quando realizei os EC III e IV, não estava desperta para esta realidade, pelo que foi perdida uma oportunidade de melhorar as condições das clientes com as quais interagi nestes períodos. No futuro irei investir nesta temática de acordo com a melhor evidência disponível.

Mantive uma política de melhoria contínua, promovendo a reavaliação das clientes a quem realizei episiorrafia ou reparação cirúrgica de lacerações, às 24h a 48h após evento. Procurei com esta intervenção assegurar a continuidade dos cuidados às clientes no serviço de internamento de puérperas. O acompanhamento da sua evolução e o seu feedback permitiu-me adequar progressivamente a minha intervenção no momento do nascimento.

Capacitar o cidadão para a governação da sua saúde e para a gestão do seu processo de transição e assunção de parentalidade é, no atual contexto, um imperativo para a melhoria dos resultados em saúde. Sempre que adequado contribui para a divulgação dos recursos ao dispor do cidadão, dos seus direitos legais nomeadamente nas questões relacionadas com a parentalidade, apoiando a sua decisão livre e esclarecida. A facilitação de uma escolha informada, independente e autónoma, dotar as famílias da informação necessária e das condições adequadas para maximizar os benefícios da sua saúde, é em minha opinião uma obrigação dos profissionais e das Unidades de Saúde como um todo onde se inserem, pelo que dediquei a este tema uma atenção que destaco. O Enfermeiro pelos múltiplos momentos de contacto nesta fase crítica do ciclo de vida da família tem um papel preponderante neste processo de capacitação. Assumir com maturidade e qualidade profissional esta responsabilidade, pode sem dúvida ser uma porta para múltiplas oportunidades para o próprio crescimento da profissão, do ponto de vista de reconhecimento social, tanto por parte dos cidadãos, como por parte dos parceiros de cuidados.

OBJECTIVO 3
Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, promovendo a sua adaptação à vida extra-uterina e desenvolvimento de competências parentais.
COMPETÊNCIA A DESENVOLVER (Regulamento n.º 127/2011): H2

Avaliação Crítica das Atividades Desenvolvidas / Reflexão Sobre o Percurso de Aprendizagem:

Estabeleci como objetivo para o meu projeto de estágio promover junto de todas as clientes e famílias que o desejassem, a oportunidade de fazerem contacto pele a pele com o recém-nascido, imediatamente após o nascimento, de acordo com o proposto na implementação do passo quatro da IHAB.

Os objetivos/ganhos para a saúde da família são de variada ordem, entre eles o estímulo da vinculação precoce, a melhor adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, possibilitar o início da amamentação precoce com todos os benefícios que daí advêm, entre outros (Bystrova, 2008; Bystrova et al, 2009).

Implementar o contacto pele a pele imediatamente após o nascimento, com uma duração igual ou superior a 1 hora a todas as clientes que o desejem, é um dos indicadores da medida quatro da IHAB. O objetivo subjacente a esta ação é ajudar

as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento. Esta foi identificada como sendo uma das medidas de maior dificuldade de implementação, por impactar diretamente nos comportamentos e cuidados rotineiros e exigir uma efetiva mudança nas práticas dos profissionais no terreno, bem como uma reestruturação dos procedimentos em vigor relativamente aos cuidados imediatos, o que vai ao encontro do estudo de Smith (2012).

É necessário motivar Enfermeiros, Médicos (Obstetras, Pediatras, Anestesistas), equipa não clínica e todos os demais que contactam com a grávida, puérpera e RN, no sentido de aderirem à iniciativa. Ainda neste artigo é referido que tratamentos médicos desnecessários devem de ser adiados, de forma a não comprometerem este tempo de contacto (skin-to-skin). Procedimentos como cortar o cordão umbilical deverão ser efetuados já durante este momento de contacto (Smith, 2012).

No início do estágio discuti com a enfermeira chefe, com a enfermeira orientadora e com a docente, estratégias que me permitissem atingir os objetivos propostos.

Nos primeiros partos que fiz deparei-me com alguns obstáculos, que se relacionaram essencialmente com procedimentos adoptados pelos enfermeiros, que assumem os cuidados ao recém-nascido. Existe um conjunto de procedimentos que rotineiramente são efetuados, entre eles a avaliação do peso, a avaliação física do recém-nascido, a administração de vitamina K, a colocação de pulseira de identificação no recém-nascido, entre outros, que podem colidir com o início do contacto pele a pele imediatamente após o nascimento de forma ininterrupta até o recém-nascido mamar de forma espontânea. Se o profissional em causa optar por adiar estes cuidados até uma hora após o nascimento, esta situação ficaria ultrapassada. Estamos por isso a falar da gestão dos cuidados e dos momentos em que os mesmos são prestados. A dificuldade sentida foi objetivamente implementar o contacto pele a pele de acordo com o que tinha sido previamente negociado com a parturiente e família, devido às resistências encontradas no seio da equipa de enfermeiros com a qual trabalhei.

Estes obstáculos fizeram-me refletir e desenvolver estratégias de *coping* no que diz respeito à resistência à mudança organizacional. Este processo evolutivo que envolve negociação, motivação, gestão de equipas, formação de pares, entre outros, traduz-se num conjunto de ferramentas fundamentais para o bom funcionamento das organizações e para apoiar a gestão da mudança.

O apoio recebido pela enfermeira orientadora foi extremamente positivo e determinante para os progressos entretanto ocorridos. O papel assumido pela enfermeira orientadora de mediadora, entre a equipa de enfermeiros e os meus objetivos enquanto estudante, resultou num envolvimento progressivo dos enfermeiros globalmente e dos enfermeiros generalistas em particular.

A determinado momento apercebendo-se da minha frustração, o apoio e encorajamento oferecido pela enfermeira orientadora foi igualmente um input positivo.

Os sentimentos negativos de impotência para a mudança de procedimentos e rotinas que não dependiam de mim, diretamente, preocuparam-me e senti que poderia estar em risco a implementação do projeto e desta forma ameaçar os direitos das famílias a cuidados de qualidade de acordo com a melhor evidência científica disponível.

Senti uma enorme pressão e simultaneamente uma incapacidade para gerir e controlar as variáveis em causa. Sempre tive alguma dificuldade em estratégias de negociação entre pares e sinto que fui obrigada a crescer e a desenvolver as minhas capacidades nesta área. Este episódio foi gerador de stress e sentimentos de inaptidão, que geraram em mim algum desconforto e tiveram um impacto negativo na minha motivação.

Como estratégia desenvolvi um trabalho de marketing individual apresentando o meu projeto e objetivos associados, numa lógica *one-to-one* aos vários colegas que faziam equipa connosco na sala de partos, de forma a conseguir aliados e motivar os vários participantes para a mudança.

De acordo com a alínea b) do artigo 79º da Lei nº 111/ 2009 (Lei nº 111/ 2009, 2009), os enfermeiros são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos atos que praticam. Sendo a atividade em análise (promoção do contacto pele a pele) uma intervenção autónoma, ainda se torna mais evidente que reside no enfermeiro o ónus da responsabilidade pela sua implementação. É por isso um imperativo ético, proporcionarmos os melhores cuidados aos nossos clientes, que espelhem as melhores práticas e que melhor defendam os direitos dos cidadãos relativamente à oferta de cuidados de qualidade.

O tipo de mudança proposto traduz-se num esforço de melhoria dos processos e também do produto que se materializa nos cuidados de saúde proporcionados. As **mudanças incrementais** ou de pequeno alcance não põem em causa as premissas fundamentais da organização (Ferreira, 2001). Pequenas mudanças incrementais ao longo do tempo conduzem à evolução.

A **mudança planeada** não cria, de forma tão marcada, o desconforto e a instabilidade presentes em qualquer processo de mudança. A mudança planeada é estruturalmente desencadeada do interior da organização, pressupõe algum tipo de estabilidade e previsibilidade das condições em que a organização vai trabalhar. **Concepção**, **planeamento** e **implementação**, são três fases para se chegar ao output pretendido.

Quando se planeia uma mudança é importante que previamente à mesma, sempre que possível, se consiga uma análise da envolvente, de forma a compreendermos as variáveis, constrangimentos e desafios que vamos encontrar. Desta forma, podemos preparar com antecedência o processo de mudança e munirmo-nos das ferramentas necessárias.

Relativamente ao modo como o processo de mudança se realiza, temos **mudanças construídas** por oposição às **mudanças prescritas** (Ferreira, 2001). As primeiras são o produto das ações dos membros da organização e as segundas são impostas à organização de forma a garantir a sua sobrevivência.

O tipo de mudança organizacional que se propõe no caso em análise resulta de um produto das ações dos membros da unidade e vem do interior da organização, sendo uma mudança planeada. O objetivo que se pretende alcançar com esta mudança é a reorganização dos processos de trabalho, fundamentada em novos comportamentos e atitudes face aos clientes da organização. Para se conseguir este resultado, as intervenções devem-se centrar nos indivíduos, bem como na equipa como um todo. São vários os tipos de intervenções possíveis, mas o que é mandatório é identificar o alvo da intervenção e definir o método adotado para a implementação da mudança. A estratégia adotada de dar a conhecer o projeto, divulgar os objetivos, fazendo sobressair as mais-valias associadas, revelou-se positiva na medida em que fui conseguindo motivar os vários profissionais que trabalharam em parceria connosco. Esta motivação refletiu-se no progressivo respeito pelo meu espaço de intervenção e consequentemente no respeito pelo que tinha sido acordado e negociado com a parturiente e família. Os cuidados foram reorganizados de acordo com os pressupostos do passo quatro da IHAB e o contacto pele a pele foi implementado junto de todas as parturientes que o desejaram.

A **resistência à mudança** está relacionada com a interpretação que os colaboradores fazem das razões da mudança. Para se conseguir a melhor colaboração dos visados é crucial que a mensagem passe de forma clara e que as várias interpretações sejam clarificadas. A necessidade de justificação é tanto maior,

quanto mais negativas para os colaboradores forem as consequências dessas mudanças (Ferreira, 2001).

No caso em análise a mudança de rotina implica uma alteração do processo produtivo com maiores custos em termos de recursos. A explicação ou justificação deve basear-se nos benefícios/ganhos para a saúde dos clientes e consequente satisfação dos profissionais. Ao analisar este caso penso que a maior quantidade de trabalho e energia, a necessidade de novas aprendizagens requeridas pelo processo de mudança, são fatores importantes para a resistência ao processo. A implicação psicológica dos indivíduos no processo de mudança por outro lado fortalece o seu envolvimento e a sua motivação para o desafio (Ferreira, 2001).

A justificação para a pertinência e importância da mudança baseia-se na diversa informação disponível relativamente aos ganhos para a saúde associados à implementação do 4º passo da IHAB. Os benefícios apontados são de múltipla ordem, desde logo o estímulo da relação precoce entre a mãe e o bebé, a melhor adaptação do recém-nascido e da mãe ao período imediatamente após o parto, onde ocorrem múltiplas transformações físicas e psicológicas para ambos. É muitas vezes durante este contacto que se ativam os estímulos e os reflexos necessários para que a primeira mamada ocorra, contribuindo de forma significativa para o sucesso do aleitamento materno (Unicef Uk, 2011).

Num sentido lato a mudança é percebida como ameaçadora, este efeito pode ser mitigado se a mudança se conseguir com a colaboração ou surgir a pedido dos colaboradores. A unidade de saúde onde o estágio decorreu está atualmente envolvida num projeto piloto dinamizado pela ordem dos enfermeiros que se traduzirá no seu reconhecimento como uma **Maternidade com Qualidade** (OE, 2013). O processo de aceitação de candidatura obriga a que cumulativamente se garanta a concordância da equipa de enfermeiros especialistas, da sua chefia e da direção do serviço de obstetrícia e ginecologia (OE, 2013). Existe por isso um caminho já percorrido e que deveria ter uma maior tradução no terreno na alteração das práticas rotineiras e que colidem com os objetivos estabelecidos neste projeto de certificação.

No contexto em discussão existe um elemento (normalmente o enfermeiro especialista), que assume o papel de liderança. Na **unidade de competência B2.3**, são definidos os critérios relativos à liderança dos enfermeiros especialistas no que diz respeito aos programas de melhoria contínua. O enfermeiro especialista deve supervisionar permanentemente os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade, bem como normalizar e atualizar as soluções eficazes e eficientes

(Regulamento n.º 122/2011, 2011). Relativamente ao tipo de liderança adotado, na **competência C2** está patente a forma como esse processo de liderança deve ser assumido: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 122/2011, 2011). Nesta perspetiva, enquanto estudante e futura EEESMO, tomar esta consciência e maturá-la, incorporando-a na minha prática clínica, é para mim um fator de sucesso. Assumir um papel de liderança, ou pelo menos de parceira num processo de mudança, implica a aquisição das competências enunciadas, que são determinantes para a atribuição do título de EEESMO, daí a importância que atribuí a esta matéria, e a consciência que desenvolvi em relação à mesma.

Um líder que consiga suscitar sentimentos de confiança e respeito, adotando comportamentos de **liderança transformacional**, por oposição a um tipo de **liderança transacional**, mais imediatista (do tipo eu dou-te isto e tu dás-me aquilo), consegue um resultado mais duradouro e efetivo (Rego, 2002). De acordo com uma perspetiva transformacional de liderança, um líder: articula uma visão; proporciona um modelo apropriado de comportamento; fomenta a aceitação dos objetivos do grupo/organização; deposita elevada expectativa de desempenho nos seus colaboradores; concede apoio individualizado e estimula intelectualmente os colaboradores.

Os **comportamentos de cidadania** que se traduzem em comportamentos por parte dos trabalhadores, onde estes ultrapassam as suas “obrigações normais”, são o resultado dos sentimentos de confiança e satisfação gerados por um líder transformacional. Claro que o estilo de liderança adotado depende de múltiplos factores, desde logo o contexto em que o líder atua. No entanto é necessário educarmo-nos para a liderança e construir um referencial relativamente ao que queremos e podemos ser enquanto líderes, este é o caminho que me propus percorrer, desenvolver competência enquanto líder de cuidados e ter como alvo a garantia de qualidade dos mesmos em defesa do melhor interesse dos clientes. A título de balanço dos ganhos conseguidos, posso dizer que fiz um percurso de aprendizagem significativo. Tive que gerir sentimentos de impotência relativamente à mudança de procedimentos organizacionais, encontrar aliados do processo e motivar os vários intervenientes para os objetivos que se pretendem alcançar. Este percurso resultou na implementação do projeto e acredito que tenha resultado num contributo para que a organização melhore as suas práticas de cuidados como um todo.

Os benefícios resultantes da promoção do CPP são de variada ordem, numa revisão sistemática da literatura publicada na Cochrane Collaboration (More et al., 2012), a evidência estatística mostrou que existe um impacto positivo do CPP na duração do aleitamento materno entre o primeiro e quarto meses pós-parto, o CPP aumenta a duração do aleitamento materno, mas este resultado não é apoiado por significância estatística, os pré-termos mais tardios conseguem uma melhor estabilidade cardio-respiratória e a glicemia aos 75 a 90 minutos pós-parto era significativamente mais elevada nos RN que experimentaram este cuidado. Esta revisão envolveu 2177 participantes incluídos em 34 ensaios clínicos aleatórios.

Num outro estudo que envolveu 430 participantes (Gabriel et al., 2009), os autores concluíram que o CPP proporciona uma melhor estabilidade da temperatura no RN e é levantada a hipótese de que as crianças que sofrem de hipotermia poderão beneficiar do CPP como medida terapêutica. Este estudo encontra ainda benefícios do CPP na taxa de aleitamento materno exclusivo no momento da alta da maternidade e no tempo de dequitadura para as mães que realizaram CPP. No grupo que experimentou CPP o tempo médio de dequitadura foi menor do que no grupo de controlo.

Apoiar o início do aleitamento materno na primeira hora após o nascimento, durante o contacto pele a pele, foi o objetivo que me propus atingir, dando cumprimento ao enunciado no passo quatro da IHAB.

Na interação que tive com as clientes no decorrer deste estágio, sempre que aplicável propus cuidados que promovessem o CPP, de acordo com as considerações já tecidas. Construí um instrumento de registo (APÊNDICE VII) que mais tarde me permitisse fazer uma análise retrospectiva, bem como tirar ilações e replanear a ação com base nessa análise. Este instrumento foi utilizado apenas para as clientes em que eu assumi a co-liderança dos cuidados, nomeadamente as 35 clientes com as quais colaborei diretamente no parto. Para todas as restantes clientes, nomeadamente os mais de 20 partos assistidos, não foi estabelecido como objetivo para este estágio documentar essa interação. Importa no entanto referir que, em todos os contactos com todas estas clientes e suas famílias promovi cuidados de qualidade e implementei os mesmos durante a minha interação.

Existem alguns dados que posso retirar deste registo e que nos permitem fazer leituras e tecer algumas considerações:

Da população considerada apenas 14% realizou um plano de parto prévio ao trabalho de parto que incluísse CPP. Essas preferências de parto foram discutidas com a cliente e família e renegociadas de acordo com a situação clínica e as

escolhas da cliente. A todas as clientes foi questionado se tinham alguma preferência para o parto, mesmo as que não tinham dado nenhuma indicação nesse sentido.

Todas as clientes já tinham escolhido a forma de alimentar o seu bebé e 100% tinha escolhido amamentar. Foi muito frequente para as clientes verbalizarem sentimentos de insegurança relativamente às suas capacidades para amamentar. Foi muito frequente a frase "...gostaria de amamentar se conseguir...", o que me levou a pensar que estas mulheres de alguma forma medem o sucesso do projeto parental pela sua capacidade de amamentar. Esta realidade também me fez tomar consciência da necessidade adicional de suporte que estas mulheres e estas famílias têm para apoiar este processo de transição. De acordo com Meleis (2010), uma das estratégias adotadas pelos clientes para se adaptarem aos novos papéis é a modelação de papel. Esta estratégia consiste na imitação dos atributos associados à assunção de um determinado papel que se constrói de forma progressiva pelo contacto com os elementos do grupo/família. Como sabemos as famílias monoparentais e o afastamento geográfico dos elementos da família alargada, uma realidade amplamente presente na nossa sociedade, são impeditivos para que este processo de modelação de papel ocorra, o que implica novas e acrescidas responsabilidades para os profissionais de saúde. A interacção com o grupo de referência, uma outra estratégia adotada para a incorporação no novo papel, pode ser uma ferramenta extremamente eficaz, uma vez que os profissionais de saúde também poderão ser reconhecidos pelas clientes e famílias como um grupo de referência.

Todas as mulheres desejaram fazer CPP, mesmo as que não sabiam o que isso significava antes desta experiência (20%). De toda a população considerada 57% tinha feito curso de preparação para a parentalidade.

Para 57 % das clientes esta gravidez traduziu-se no primeiro filho, pelo que não tinham qualquer experiência em amamentar, necessitando de cuidados de suplementação preventiva e efetiva, bem como apoio para desenvolverem sentimentos de auto-eficácia. Destas clientes primíparas, 65% frequentou curso de preparação para a parentalidade.

Em 71% dos casos foi necessário apoiar a primeira mamada, em 54% dos casos foi necessário demonstrar sinais de prontidão e boa pega uma vez que as clientes não tinham essa informação.

A duração média do CPP ininterrupto foi de 1:06 horas. Os critérios considerados para esta análise foram os determinados pela CNIHAB da Unicef/OMS

(APÊNDICE III). Para as clientes cujo RN ou elas próprias não tiveram nenhuma intercorrência clínica que obrigasse à interrupção precoce do CPP, a duração deste foi em média 01:18 horas. O tempo médio para o início da primeira mamada foi de 01:01horas. Cerca de 46% das clientes conseguiu amamentar durante o CPP, o que foi motivo de satisfação para a cliente e acompanhantes. Apesar deste valor, considero que um objetivo para o futuro seria melhorar este indicador. A grande maioria das clientes referiu desconforto ao permanecerem na cama de parto. Todas foram submetidas a sutura perineal por apresentarem lacerações ou ter sido realizada episiotomia. Estes procedimentos de reparação do períneo interferiram com o conforto da cliente e condicionaram a amamentação mais precoce na generalidade dos casos.

Uma vez que nos momentos que procedem o parto e esteve a decorrer o CPP, eu enquanto estudante estive envolvida noutras atividades em simultâneo, nomeadamente a condução da dequitadura, a reparação cirúrgica do períneo, a prevenção da hemorragia pós-parto pela administração de oxitócitos, a gestão da dor e do desconforto da cliente através de medidas de conforto genéricas, bem como pela administração de analgésicos ou anestésicos, todos estes procedimentos interferiram com a minha capacidade e disponibilidade para observar e documentar os momentos do contacto pele a pele. A literatura identifica como registos mandatórios quando o contacto existe, o registo do tempo de contacto, a forma como decorreu, o comportamento do bebé, da mãe, a forma como reage perante a amamentação, se é espontânea, se tem que ser apoiado (Smith, 2012). Apesar de na generalidade ter conseguido cumprir com estes registos mínimos mandatórios, considero que foi uma limitação ao meu desenvolvimento o não ter tido maior disponibilidade para observar o comportamento do bebé que foi o mais descurado, uma vez que fui mantendo comunicação verbal com a cliente e obtendo o seu feedback, mesmo quando estava envolvida noutros cuidados.

No decorrer do estágio, a convite da docente orientadora, tive oportunidade de assistir a uma conferência sobre aleitamento materno, que me trouxe *inputs* bastante úteis para a implementação deste projeto. Destaco em particular o contacto que tive com a teoria de Suzanne Colson, o **biological nurturing** (Colson, 2012), onde a autora defende que a amamentação passa principalmente por deixarmos a natureza atuar. O excesso de intervenção pode ser contraproducente e gerar nas clientes sentimentos de incompetência. Sempre que intervi junto das clientes em cuidados de suplementação tive a preocupação de utilizar uma técnica “hands-off”, com demonstração, instrução e encorajamento numa primeira abordagem

(APÊNDICE VII). Senti que esta área necessita de um maior desenvolvimento e preocupação por parte dos profissionais em intervir de forma a dotar as clientes das ferramentas necessárias para serem auto-suficientes, o que passa também por sentimentos de confiança e auto-eficácia. Esta abordagem deve ser suportada por uma conduta de empoderamento da cliente, onde a primeira informação deve ser direccionada a que a cliente tem tudo o que necessita para conseguir amamentar.

Num estudo concebido para observar as práticas relacionadas com a sepsis neonatal, foi criada uma taskforce constituída por pessoal médico treinado que observou 481 partos em 51 hospitais distintos nas Filipinas, usando uma ferramenta de registo standard. Os dados recolhidos foram relativos às práticas que envolvem os cuidados imediatos ao RN. Os resultados deste estudo mostram que secar o bebé, pesar, prestar cuidados oculares e administrar vitamina K, eram prestados em mais de 90% dos casos. Apenas 9.6% dos bebés puderam beneficiar do CPP. Este estudo mostrou ainda que as intervenções tinham uma sequência inapropriada: clampagem imediata do cordão (mediana foi de 12 segundos); secagem do RN postecipada (96.5%); banho precoce (90%); 68,2% eram adaptados à mama mas eram separados cerca de dois minutos mais tarde; 94% dos RN foram aspirados desnecessariamente e este evento foi 2,5 vezes mais frequente em crianças assistidas por médicos treinados em reanimação neonatal. Das crianças envolvidas neste estudo 2% morreram e 5,7% desenvolveram pneumonia ou sépsis. Neste estudo os autores concluem que, os cuidados imediatos ao RN estão abaixo do recomendado pela OMS e privam as crianças das proteções básicas contra infecções e morte.

Adicionalmente, com a implementação do passo quatro, para além do início precoce da amamentação conseguimos facilitar o processo de colonização bacteriana da pele do RN (OMS/Unicef, 2009), a vinculação e a transição para a parentalidade que, entre vários resultados, também se traduz numa prática mais efetiva e duradoura da amamentação exclusiva, tal como valida a literatura enunciada.

Os cuidados prestados aos RN no decorrer deste estágio, tiveram por base as boas práticas enunciadas pelos organismos internacionais (WHO, 1998), ressaltando desta premissa o adiamento de todos os cuidados não urgentes de forma a criar as condições necessárias para a implementação do passo quatro da IHAB, e desta forma maximizar os ganhos em saúde que daí emergem.

Relativamente às práticas promotoras do aleitamento materno, num estudo australiano (Schmied et al., 2011), os investigadores concluem que os princípios

subjacentes à estratégia global da IHAB são interpretados de forma distinta pelos diversos profissionais. Essa divergência de interpretações pode estar na origem dos deficientes resultados desta iniciativa na Austrália. Os autores deste estudo defendem que deve haver um maior investimento em formação, informação e clarificação relativamente à disseminação e implementação da iniciativa. Os profissionais tendem a interpretar a IHAB como uma *checklist* de tarefas a cumprir, mais do que uma filosofia e uma abordagem global de acordo com as melhores práticas. Resumir a iniciativa a um processo burocrático, na verdade contribui para o insucesso da mesma como um todo, de acordo com este estudo (Schmied et al., 2011).

Num outro estudo australiano (Walash et al., 2011) onde são analisadas as atitudes dos profissionais, as conclusões apontam para uma divergência frequente entre o entendimento dos profissionais e os objetivos da IHAB.

Relativamente às práticas dos profissionais que são mais efetivas na promoção do aleitamento materno, um estudo publicado em 2008 (Hannula et al., 2008) refere que as intervenções que têm um carácter de maior continuidade que vão desde os cuidados pré aos cuidados pós-natais, são mais efetivas do que intervenções concentradas num período de tempo curto. As intervenções interativas que envolvem as mães em momentos de conversação e discussão, são igualmente mais efetivas. As técnicas recomendadas são o encorajamento e apoio, combinado com técnicas de demonstração prática numa lógica hands-off. No período pós-natal as abordagens mais efetivas foram as visitas domiciliárias, suporte telefónico e centros de apoio à amamentação com profissionais treinados (conselheiras de amamentação).

Penso que a compreensão das variáveis subjacentes ao processo da implementação da IHAB, nomeadamente as atitudes dos profissionais promotoras do aleitamento materno e neste caso em particular facilitadoras do processo de certificação, é fundamental para que as organizações como um todo e a própria comissão que certifica as instituições possam, em conjunto, desenvolver estratégias mais efetivas e custo-eficientes, uma vez que o contacto pele a pele é também um indicador de qualidade do Projeto Maternidades com Qualidade, em Portugal. Sem dúvida que é necessária uma atenção particular ao capital humano, pois são as pessoas que fazem as organizações e são elas que determinam o ritmo da mudança e o seu sucesso.

O objetivo relacionado com a reanimação neonatal, iniciar ou colaborar em manobras de reanimação neonatal em caso de necessidade e de acordo com cada

situação (limpeza e manutenção da permeabilidade das vias aéreas, monitorização da SpO2, massagem cardíaca e colaboração na entubação endotraqueal, mantendo medidas de suporte básico/avançado de vida, quando adequado) foi alcançado, na medida em que no decorrer do estágio tive oportunidade de observar de forma participativa em medidas de reanimação neonatal. Depois da intervenção discuti com a enfermeira orientadora a situação clínica específica daquele RN e o motivo dos procedimentos adotados. Revi o algoritmo e as recomendações relativas à reanimação neonatal e sedimentei a informação aí patente (WHO, Guidelines of Basic Newborn Resuscitation, 2012; AHA, 2010).

OBJECTIVO 4
Participar em projetos institucionais na área da qualidade, nomeadamente contribuir para a certificação do hospital, de acordo com os critérios da iniciativa "Hospital Amigo dos Bebés".
COMPETÊNCIA A DESENVOLVER (Regulamento n.º 122/2011): B1, B2

Avaliação Crítica das Atividades Desenvolvidas / Reflexão Sobre o Percurso de Aprendizagem:

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista propus-me participar em projetos institucionais na área da qualidade. De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011 (Regulamento n.º 122/2011, 2011), o enfermeiro especialista assume a responsabilidade de efetuar a disseminação desses projetos até à sua apropriação a nível operacional. A implementação no terreno foi o que pretendi fazer, mas mais do que isso procurei ganhar aliados nessa linha operacional, para que os ganhos sejam duradouros e ultrapassem a duração do estágio.

Mudar os procedimentos organizacionais implica uma ação concertada a vários níveis. É desde logo necessário formar, de forma mais ou menos formal, os vários profissionais envolvidos e dotá-los de conhecimentos que lhes permitam fundamentar a mudança da ação. Posteriormente é necessário redefinir processos produtivos, para que as ações a desenvolver se desenrolem de acordo com uma nova lógica assente nos novos pressupostos.

Este esforço não pode ser feito de forma isolada, agravando o facto, de eu enquanto estudante ser um elemento exterior à organização. No entanto, isso não justifica que nada possa ser feito por esse elemento. Diria mesmo que a lógica deve ser a inversa, este elemento externo porque consegue uma maior independência relativamente às práticas rotineiras, pode ser um elemento de mudança e de tomada

de consciência para as ações necessárias para que essa mudança seja efetiva. Foi nessa lógica que me propus a apoiar a organização para a implementação do primeiro passo da IHAB, que é ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde.

Num estudo já anteriormente citado (Walash et al., 2011) é feita uma análise às atitudes dos profissionais relativamente à implementação da IHAB, na Austrália. Nesse estudo os autores identificam pontos estratégicos para apoiar o processo de implementação da IHAB, em primeiro lugar é essencial garantir que a equipa de gestão do hospital compreende em profundidade a iniciativa, as implicações para a organização e que a apoie de forma informada, em segundo lugar é necessário apostar na construção, divulgação e disseminação da política de aleitamento materno relativamente às práticas dos profissionais, em terceiro lugar é necessário envolver toda a comunidade neste esforço e torná-lo um investimento partilhado.

A organização onde o estágio decorreu é uma organização comprometida com a qualidade. Está certificada pela Joint Commission International e integra o projecto piloto da Ordem dos Enfermeiros como “Maternidade com Qualidade”. Esta organização tem intenção de se candidatar à certificação como HAB, à CNIHAB da OMS/Unicef.

Previamente à inscrição do projeto de estágio, junto do conselho científico da ESEL para a UC Estágio com Relatório, houve uma reunião com a docente orientadora e o supervisor responsável pelo departamento de saúde da mulher do hospital para aferir a relevância do tema para a instituição e estratégias de implementação que foram delineadas nesse projeto (APÊNDICE IX). Nessa altura foi apresentado ao conselho de administração um pedido para a aplicação de um questionário que permitisse fazer a identificação das práticas dos profissionais relativamente ao aleitamento materno (ANEXO I).

Quando o estágio se iniciou em Fevereiro de 2014 houve uma nova reunião com a Sra. Enf.ª responsável pelo departamento da saúde da mulher agora em funções, tendo havido uma grande abertura e receptividade à implementação deste projeto, uma vez que ia ao encontro das necessidades da organização, revestindo-se por isso de considerável relevância. O projeto foi apresentado às respetivas chefias onde o questionário para o levantamento das práticas dos enfermeiros iria ser aplicado e foram delineadas estratégias de distribuição e recolha dos dados obtidos resultantes da aplicação do questionário. O questionário a ser aplicado foi cedido pela comissão Unicef/OMS que certifica a instituição de acordo com a IHAB, da qual a docente que orientou este estágio faz parte, e foi aplicado com a sua

autorização correspondendo ao questionário de auto-avaliação das práticas hospitalares (APÊNDICE X).

Num estudo Americano (Marewood, 2005) onde foram aferidas as taxas de iniciação de aleitamento materno em hospitais certificados de acordo com a IHAB e comparadas com as médias do país, conclui-se que os hospitais certificados têm taxas elevadas de iniciação e manutenção de aleitamento exclusivo até à alta hospitalar. Estes dados são consistentes apesar das diferenças demográficas dos participantes da amostra, nomeadamente aquelas características que geralmente estão associadas a baixas taxas de aleitamento materno. Neste estudo a taxa média de iniciação nos HAB é de 83,8%, por comparação à média do país igual a 69,5%. Para as taxas de aleitamento materno exclusivo, os HAB têm uma taxa igual a 78.4% durante o internamento, enquanto que a média do país é de 46,3% (Marewood, 2005).

O Infant Feeding Practices Study é um estudo patrocinado pela US Food and Drug Administration, a autoridade americana para a alimentação e para os medicamentos. Da população desse estudo foi feito um levantamento com onze anos de intervalo das práticas do aleitamento materno e dos factores preditivos que poderiam estar associados à prevalência do aleitamento materno exclusivo ao fim de seis semanas (DiGirolano, 2001). No primeiro trabalho são analisadas as práticas relacionadas com a iniciação tardia do aleitamento, a introdução de suplementos, o não alojamento conjunto, o não amamentar em horário livre e o uso de chupeta. Numa amostra de 1085 mulheres, apenas 7% puderam usufruir das cinco medidas preconizadas pela IHAB, relacionadas com as práticas descritas. O maior factor de risco para o abandono precoce do aleitamento materno (que neste estudo foi considerado como sendo às seis semanas) foi a iniciação tardia da amamentação e a suplementação com fórmula para lactente. As mães que não beneficiaram de nenhuma das medidas consideradas tiveram uma probabilidade associada de abandono precoce oito vezes superior às mães que usufruíram de todas as medidas. Outro resultado interessante deste estudo foi o efeito cumulativo de cada uma das medidas consideradas.

No segundo trabalho levado a cabo pela mesma equipa de investigadores (DiGirolano, 2008) foram consideradas seis medidas, apenas 8,1% das mães usufruíram de todas as consideradas. A prática mais consistente com a manutenção do aleitamento materno exclusivo às seis semanas foi a iniciação precoce da amamentação, na primeira hora de vida do bebé, amamentar em exclusivo, sem a introdução de qualquer suplemento e a não utilização de chupeta. Práticas preditivas

de abandono tardio foram o trazer a criança junto da mãe durante a noite para ser alimentada, no caso de não ter sido praticado o alojamento conjunto e a não utilização de analgésicos durante o parto. Neste estudo de uma amostra de 1907 mulheres, a probabilidade de abandono precoce do aleitamento materno exclusivo para as mães que não usufruíram de nenhuma das medidas foi treze vezes superior à das mães que puderam usufruir de todas as medidas. Este estudo conclui que as práticas associadas à IHAB, juntamente com outras práticas de cuidados das maternidades, aumenta a possibilidade do aleitamento materno exclusivo se manter pelo menos até às seis semanas. Também neste estudo se verificou o efeito cumulativo positivo ou negativo das medidas consideradas.

Parece-me então que o primeiro passo para se iniciar este processo de certificação, quando está demonstrada a intenção, é fazer o diagnóstico da situação e perceber quais as práticas que estão a ser adotadas na organização, identificando oportunidades de melhoria. O questionário foi aplicado em todos os serviços do departamento da mulher e da criança à exceção da unidade de neonatologia. Para a consulta detalhada dos resultados obtidos consultar Apêndice XI.

Para suportar o diagnóstico à situação actual (*as-is*) do Hospital relativamente à prática dos cuidados na promoção do aleitamento materno, foi disponibilizado a cada um dos enfermeiros do Serviço Bloco de Partos, Consulta de Grávidas, Internamento de Puérperas e Medicina Materno-Fetal um questionário para obtenção de informação.

O questionário é composto por 10 blocos de perguntas, correspondendo cada um desses blocos a um passo da IHAB e um último bloco sobre a conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (APÊNDICE X). A aplicabilidade de cada bloco de perguntas (identificado no texto seguinte como P1 a P10) a cada um dos Serviços encontra-se expressa em quadro explicativo que o leitor poderá consultar no Apêndice XI.

Os questionários foram preenchidos e entregues pelos enfermeiros dos diversos serviços, tendo a informação neles contida sido tratada respeitando os princípios éticos e deontológicos relativamente à proteção do anonimato e confidencialidade.

As respostas possíveis a cada pergunta do questionário são: SIM, NÃO, BRANCO. A resposta SIM significa que o Hospital está em conformidade com os requisitos da IHAB. A resposta NÃO significa que o Hospital deverá alterar as suas práticas para ir ao encontro dos requisitos da IHAB. A resposta em BRANCO significa que não foi dada nenhuma resposta à pergunta formulada.

Foram entregues 36 questionários ao Serviço Bloco de Partos, 7 questionários ao Serviço Consulta de Grávidas, 22 questionários ao Serviço Internamento de Puérperas e 7 questionários ao Serviço Medicina Materno-Fetal, num total de 72 questionários entregues.

Do total de 72 questionários entregues nos 4 Serviços, foram recebidas 42 respostas a esses questionários, obtendo-se um grau de cobertura de 58% ao universo de respostas possíveis. Desses 58% de respostas, o Serviço mais participativo no questionário foi o Bloco de Partos com 72% num total de 36 questionários e o Serviço menos participativo foi a Medicina Materno-Fetal com 29% num total de 7 questionários. Destaca-se ainda a Pergunta 5 e a Pergunta 10 que obtiveram uma % de respostas inferior à média de 58%, respectivamente com 50% e 44%. Analisando a informação obtida dos 58% de respostas aos questionários, contata-se que:

1. Na análise global das perguntas efetuadas, 72% das respostas obtidas são SIM, o que representa um razoável alinhamento do Hospital com os requisitos da IHAB. Deverá o Hospital revisitar as suas práticas para minorar os restantes 28% de não conformidades (24% de respostas NÃO e 4% de respostas em BRANCO).
2. O bloco de perguntas 5, bloco de perguntas 7, bloco de perguntas 8 e o bloco de perguntas 9 têm uma % de SIM bastante superior ao valor médio de 71%, respectivamente com 86%, 98%, 97% e 84% de SIM.
3. O bloco de perguntas 1, bloco de perguntas 2 e bloco de perguntas 10 têm uma % de NÃO bastante superior ao valor médio de 24%, respectivamente com 57%, 53% e 40% de NÃO, representando um forte sinal de alerta que o Hospital deverá endereçar.
    a. Dos 57% de NÃO obtidos no bloco de perguntas 1, que diz respeito à ausência de uma política de aleitamento materno que seja rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde, verifica-se que as perguntas P1.1, P1.5, P1.6 e P1.7 são as que mais contribuíram para o desvio aos requisitos da IHAB. Deste ponto, importa ainda destacar que efetivamente o hospital não tem uma política, do ponto de vista formal, apesar de alguns serviços terem normas de procedimentos promotoras do aleitamento materno, pelo que seria de esperar que os valores obtidos relativamente a esta questão fossem efetivamente mais baixos, o que demonstra alguma ambiguidade e falta de clareza por parte dos respondentes ao questionário relativamente a esta matéria;

b. Dos 53% de NÃO obtidos no bloco de perguntas 2, que diz respeito à capacitação dos profissionais para a implementação da política, nomeadamente através da formação, verifica-se que as perguntas P2.1, P2.3, P2.4, P2.5, P2.6, P2.9 e P2.10 são as que mais contribuíram para o desvio aos requisitos da IHAB. Apesar da organização já ter feito algum investimento nesta matéria, verifica-se que a abrangência da formação ainda é insuficiente relativamente aos requisitos subjacentes a esta medida, de acordo com o que se extrai dos resultados obtidos;

c. Dos 40% de NÃO obtidos no bloco de Perguntas 10, que diz respeito à promoção da formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães para esses grupos após a alta da maternidade, verifica-se que as perguntas P10.2, P10.3 e P10.5 são as que mais contribuíram para o desvio aos requisitos da IHAB. Efetivamente o hospital não tem internamente grupos de apoio à amamentação e à data da conclusão do estágio não tinha qualquer parceria com nenhuma organização externa ao hospital com este caráter específico, com a qual articulasse no sentido de assegurar esta continuidade de cuidados. Quando a parturiente tem alta é encaminhada para o centro de saúde ou para o seu médico assistente e será a partir deste local que poderá beneficiar de apoio à amamentação no pós alta da maternidade. Estes 40% obtidos de respostas NÃO estão por isso subavaliados, o que demonstra igualmente alguma ambiguidade e falta de clareza por parte dos respondentes ao questionário relativamente a esta matéria.

4. O bloco de perguntas relacionadas com a conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno tem 65 % de SIM, um valor ligeiramente inferior ao valor médio de 71%. Este facto ficou a dever-se às respostas em BRANCO (41% de respostas), bem como aos NÃO (40% de respostas) obtidos na pergunta Cod.1. Deverá igualmente o Hospital analisar as suas práticas relativamente ao teor da pergunta Cod.1., no sentido de aumentar os apenas 19% de conformidade com os requisitos da IHAB.

5. Dos 4 Serviços em análise, o Serviço com o maior grau de conformidade com a IHAB é o Serviço Bloco de Partos com 68% de respostas SIM, seguido do Internamento de Puérperas com 67% de respostas SIM e o Serviço Consulta de Grávidas com 50% de respostas SIM. O Serviço de Medicina Materno-Fetal apresenta 72% de respostas SIM, mas não foi considerado nesta hierarquia de conformidade devido à sua % de cobertura ser de apenas 29%, contrastando

com os restantes Serviços (ex.: 72% de nível de cobertura para o Serviço Bloco de Partos).

Adicionalmente, salientam-se alguns sinais de alerta para cada um dos Serviços:

a. Serviço Blocos de Partos | apesar de ser o 1º serviço em conformidade com a IHAB, o bloco de perguntas 1 e bloco de perguntas 2 foram bastante penalizadores para este Serviço, com 62% e 57% de respostas NÃO, o que demonstra maior coerência e conformidade com a realidade desta organização. Podemos retirar destes dados que os respondentes deste serviço estão mais conscientes e são mais conhecedores dos requisitos envolvidos no processo de certificação. Apesar de este ser um resultado aparentemente mais penalizador é efetivamente um resultado positivo, pois demonstra que os profissionais estão mais conscientes da sua realidade e por isso melhor preparados para a mudança necessária;
b. Serviço Internamento de Puérperas | apesar de ser o 2º serviço em conformidade com a IHAB, também o bloco de perguntas 1 e bloco de perguntas 2 foram bastante penalizadores para este Serviço, com 69% e 57% de respostas NÃO, podendo aplicar-se leitura semelhante à do ponto anterior;
c. Serviço Consulta de Grávidas | apesar de ser o 3º serviço em conformidade com a IHAB, também o bloco de perguntas 1 e bloco de perguntas 2 foram bastante penalizadores para este Serviço, com 67% e 56% de respostas NÃO.

Como principais conclusões do diagnóstico de situação realizado, destacamos o seguinte:

1. O Hospital está no bom caminho para estar em conformidade com os requisitos da IHAB, destacando-se o Bloco de Partos dos restantes Serviços;
2. O Hospital deverá rever as suas práticas atuais e realizar as diligências necessárias nos temas abaixo mencionados, no sentido de obter um maior grau de conformidade com a IHAB:
    a. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde (bloco de perguntas 1 com elevados NÃO)

b. Capacitar toda a equipa de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política nomeadamente pelo reforço da formação dos profissionais envolvidos (bloco de perguntas 2 com elevados NÃO)
c. Conformidade com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (bloco de perguntas com elevados BRANCOS e NÃO)

Fazia parte das ações planeadas a apresentação dos resultados e discussão dos mesmos com vista à identificação de oportunidades de melhoria, conjuntamente com os decisores. A pedido da instituição essa apresentação foi adiada para Outubro, estando os dados disponíveis desde Julho de 2014, altura em que este estágio terminou. Relativamente ao passo um da IHAB, o que foi implementado consistiu na identificação da realidade da organização através da aplicação do questionário já analisado. O passo seguinte que é a apresentação dos resultados e identificação de oportunidades de melhoria, foram atividades planeadas e que não foram concretizadas pelos motivos expostos no decorrer do estágio, mas que serão levadas a cabo em data posterior à conclusão do mesmo. Apesar desta reformulação das ações, considero que o objetivo foi alcançado, na medida em que o trabalho desenvolvido é a primeira pedra de um percurso que culmina com a certificação. A criação de um comité para a implementação da IHAB será o passo seguinte e a criação de uma política será um dos primeiros produtos que sairá deste comité. A publicação de uma política de aleitamento materno é um compromisso assumido que só se poderá concretizar quando a organização estiver efetivamente empenhada nesta jornada, uma vez que implica a organização como um todo.

Relativamente ao processo de se tornar HAB, o caso do Hospital Universitário de Boston foi estudado e publicadas as principais dificuldades (Merewood, 2001). O processo foi longo e árduo, foi necessário vencer resistências dos mais variados sectores de profissionais, foi necessário reunir o consenso de múltiplos grupos de interesse: Médicos: Pediatras, Ginecologistas, Obstetras, Médicos de Medicina Geral e Familiar; Enfermeiros; Membros da Administração, entre outros, no total a comissão criada envolvia mais de 40 membros. Foi mandatório envolver os decisores e os representantes dos grupos profissionais que conseguissem ter maior poder de influência junto da administração. Depois de garantido esse consenso e formada uma *"Baby-Friendly task-force*", foi necessário vencer o poder da indústria alimentar de fórmulas infantis. O poder da indústria alimentar é apontado nos EUA como sendo um dos principais factores impeditivos

para a adesão à IHAB. A indústria fornece gratuitamente aos hospitais múltiplos produtos, entre os quais leite artificial, em troca de compromissos de marketing.

Uma outra informação relevante deste estudo é a publicitação do que se está a fazer. Ganhar aderentes e fidelizar os colaboradores internos à iniciativa é o principal objetivo. A criação de uma política e a publicitação da mesma é sem dúvida o começo. É aquilo que se denomina de *quick-wins,* medidas de fácil implementação que podem ter um impacto significativo com um relativamente baixo investimento. Como exemplo, poderemos pensar na afixação em todos os locais públicos frequentados por grávidas e puérperas de informação referente às dez medidas da IHAB, bem como divulgar a política da organização referente à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, internamente junto de todos os profissionais envolvidos nos serviços oferecidos às grávidas, puérperas e lactentes.

Relativamente a este estágio foram implicados o primeiro e segundo níveis do modelo Conceptual de Enfermagem e Políticas de Saúde (Fawcett & Russell, 2001), intervindo junto das famílias a um nível mais micro e na própria organização a um nível mais abrangente e transversal. Os resultados que foram obtidos no decorrer do estágio, nomeadamente a identificação de estratégias de melhoria, e apoio à organização para a criação de uma política de aleitamento materno escrita, que seja rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde, bem como possibilitar a todas as mães que o desejem iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento do seu filho, têm impacto sobre estes dois níveis de análise (APÊNDICE I).

Na implementação deste objetivo tive alguns constrangimentos. Desde logo tinha uma espectativa mais elevada relativamente à taxa de cobertura que é um reflexo da adesão dos participantes no diagnóstico da situação da instituição. Nesse sentido desenvolvi esforços adicionais de marketing pessoal relativamente ao projeto, aos seus objetivos, objetivos esses partilhados com a instituição, que colheu um apoio por parte dos profissionais que ficou aquém do esperado. Envolvi também de forma ativa as chefias dos respetivos serviços, o que terá também contribuído para o aumento da cobertura das respostas conseguidas.

Relativamente a todas as ações planeadas sobre este objetivo que estão relacionadas com a implementação do passo quatro da IHAB, a sua avaliação e discussão foi feita no objetivo anterior por estar relacionada com algumas ações desenvolvidas sobre o objetivo 3.

Relativamente ao objetivo 4 considero que o balanço foi bastante positivo, sinto que contribui de forma ativa para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento

materno e simultaneamente iniciei uma parte do processo para a certificação da instituição como HAB.

Importa ainda dizer que no total desenvolvi dois ensinos clínicos e o estágio final nesta instituição e em todos eles procurei contribuir para a promoção do aleitamento materno, identificar que cuidados de enfermagem especializados são promotores do aleitamento materno e adicionalmente desenvolver competências que me permitam atingir o título de enfermeiro especialista na área de saúde materna e obstétrica.

3 CONCLUSÃO

A Unidade de Saúde onde o “Estágio com Relatório” decorreu está vocacionada para a prática do aleitamento materno e bastante motivada para a melhoria das práticas dos cuidados que lhe permitam alcançar a certificação de “Hospital Amigo dos Bebés”. Participa com informação para a “plataforma do registo do aleitamento materno” com dados relativamente aos indicadores considerados, está certificada pela Joint Commission International cumprindo com os critérios definidos relativamente às práticas promotoras do aleitamento materno e mais recentemente participa no Projeto lançado pela Ordem dos Enfermeiros de “Maternidade com Qualidade”.

Pensar hoje na Enfermagem enquanto profissão, na forma como as enfermeiras integram a prestação de cuidados na atual conjuntura tecnológica, como desempenham os novos papéis que naturalmente vão assumindo pela especialização e aprofundamento de conhecimento, com novas responsabilidades legais reconhecidas, como a prática autónoma dentro do contexto das suas competências, a prescrição, a terapêutica e o diagnóstico de situações, com profunda consciência de quem somos, onde estamos e para onde queremos caminhar, remete-nos para novos paradigmas de atuação e desempenho.

O enfermeiro especialista tem nesta óptica uma responsabilidade acrescida e legalmente reconhecida que se espelha nos documentos que enunciam as suas competências comuns e específicas enquanto prestadores de cuidados. “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão...” (regulamento nº 122/2011, Ordem dos Enfermeiros).

Os Enfermeiros nas ”novas” organizações de saúde, públicas e privadas, cada vez mais trabalham integrados em equipas multidisciplinares (Meleis, 2012). Os focos de poder alteram-se e com eles novos modelos de liderança e de gestão organizacional surgem. Estes novos paradigmas causam constrangimentos, mas também desafios e oportunidades. Há que repensar a interação dos enfermeiros entre si e com os outros grupos profissionais.

O reconhecimento e aceitação deste grupo passa por uma maturação interna e por uma capacidade de também externalizar essa maturação com contributos únicos para o todo. Os enfermeiros são uma peça central neste novo conceito de sistema de cuidados de saúde e as suas capacidades técnicas são

amplamente reconhecidas ao assumirem o seu papel nos cuidados de saúde, nos projetos inovadores e serem também eles o motor da melhoria contínua da prática dos cuidados (Meleis, 2012). Foi nessa perspectiva que este projeto surgiu, teve o intuito de aproximar a academia da prática clínica. Construir novos processos de prestação de cuidados que vão ao encontro da melhor evidência científica disponível e aproveitar o timing para a intervenção no terreno, esperando, dar visibilidade ao contributo que o EEESMO pode e deve ter como motor da mudança e do progresso das organizações.

Deparamo-nos muitas vezes com dificuldades na implementação da mudança, sendo necessário que os enfermeiros se preparem e adquiram as necessárias ferramentas, para poderem ser os motores da mudança e contribuírem para o progresso dos cuidados de saúde e das organizações como um todo, onde esses cuidados são promovidos.

O pressuposto do parágrafo anterior será o que permitirá ao enfermeiro especialista assumir plenamente as suas responsabilidades relativamente à concepção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 122/2011, 2011). A mudança de procedimentos deve ser pensada de forma global numa lógica de 360, isto é, num processo de gestão participativa onde a equipa conjuntamente negoceia e encontra as melhores soluções. Qualquer solução imposta numa lógica de *up-to-bottom* corre o risco de não ser bem recebida. Não estando eu numa posição que me permitisse esse processo de negociação, tive mais dificuldade em conseguir alcançar mudanças mensuráveis ou duradouras a médio-longo prazo.

Numa ótica mais operacional a minha estratégia para alcançar os objetivos propostos foi pedir apoio da enfermeira orientadora, que recebi prontamente. Esta assumiu um papel de mediadora e negociadora entre os meus objetivos e os procedimentos dos restantes profissionais. Paralelamente, abordámos o tema à Sra. Enfª chefe de serviço que delegou no enfermeiro especialista o ónus de determinar a dinâmica dos cuidados contrariando, desde logo, os procedimentos ou rotinas desenvolvidas. Esta delegação e este reconhecimento de poder de decisão empoderou a minha posição enquanto estudante e legitimou os objetivos definidos no meu projeto. A docente teve também conhecimento das dificuldades sentidas e serviu de elo entre os objetivos académicos e a negociação necessária com o capital humano envolvido.

Parece-me muito importante que os profissionais globalmente mantenham um olhar crítico relativamente às suas práticas e se preocupem com a defesa do

corpo de conhecimentos próprio da profissão. A perícia clínica, fruto de um longo processo evolutivo, tem que encontrar o seu caminho na transmissão do conhecimento de uma para outra geração de profissionais de enfermagem, sobre pena de se perder toda uma construção de “saber fazer”.

Esta “passagem de conhecimento” deve ser assegurada por caminhos menos aleatórios e mais institucionalizados apoiados por uma academia inovadora e centrada nas necessidades do cliente, o estudante. Penso que também aqui há um importante caminho a percorrer. Como Benner afirma, cada pessoa tem a sua própria história, o seu caminho intelectual e a sua vontade de aprender, quando está perante uma situação clínica particular (Benner, 2001). Enquanto estudante sinto um *gap* excessivo entre os dois momentos de aprendizagem vividos, o teórico e o prático. Penso que deveria haver uma aproximação que passará por se encontrarem novos modelos mais adaptados e que façam verdadeiramente a ponte entre a teoria e a prática, aproximando o contexto profissional do académico.

As enfermeiras deparam-se com pessoas a viver processos de transição quando isso de alguma forma afecta a sua saúde, seja em processos de saúde doença, em mudanças do ciclo vital com impacto na saúde, mudanças na estrutura familiar com novos papéis a desempenhar e novos modelos organizativos a interiorizar (Meleis, 2010). Estar à altura das necessidades é uma fonte de tensão simultaneamente negativa e positiva. A interação que estabelecemos com os clientes, embora balizada por uma relação terapêutica e todos os componentes a ela associados, nomeadamente a intencionalidade, a escuta ativa, a empatia, entre outros, não consegue, nem é suposto que o faça, alienar o facto de no fim do dia sermos também e principalmente pessoas.

O trabalho do enfermeiro é pessoal, de pessoas para pessoas, na relação direta com o cliente interno ou externo da organização, o destinatário do serviço. Neste tipo de profissão onde “aquilo que o profissional faz não é determinado, principalmente, por aquilo que ele sabe, mas sim por aquilo que ele é ”(Canário, 2007) há que trabalhar o eu, torná-lo intencional e consciente. Agimos com intencionalidade, com uso do conhecimento principalmente sobre nós próprios, com o conhecimento do outro, de quem é, das suas particularidades e com estes ingredientes construímos uma relação profissional. Esta relação difere de todas as outras, é particular. Tem um fim terapêutico, é intencional, é construída e trabalhada. Quem somos é também em si um produto de construção, de crescimento de trabalho.

Este percurso é fruto do desafio de ir mais além, não só assumido por mim, mas principalmente motivado pelas intervenções da docente orientadora, Professora Teresa Félix. Progredir individualmente, contribuindo desta forma para o todo, para a visibilidade, reconhecimento e maturação da enfermagem, que se inicia na prática clínica e na qualidade das intervenções que temos junto dos cidadãos, foi o que procurei alcançar como produto deste caminho.

O que foi conseguido, aprendizagens, limitações e dificuldades, foi amplamente discutido do capítulo dedicado ao percurso de aprendizagem. Se tivesse que fazer uma súmula diria que o conhecimento é um processo em construção, importa acima de tudo uma atitude empreendedora e proactiva na busca desse conhecimento, que eu procuro assumir em pleno nos vários projetos em que me envolvo.

Relativamente ao percurso de aprendizagem, considero que foi bastante positivo e os ganhos em conhecimento efetivos. Foram desenvolvidas as competências propostas pela equipa pedagógica e alcançados na globalidade os objetivos fixados no meu projeto de aprendizagem. Como principais aspetos facilitadores destaco a intervenção e apoio da enfermeira orientadora do local de estágio, a intervenção da chefe de enfermagem da unidade de saúde onde o estágio decorreu e o papel da professora, que foram facilitadoras em todos os momentos deste processo e delinearam o sucesso do mesmo.

Se voltasse hoje a implementar este projeto penso que teria melhores condições para o fazer face às aprendizagens entretanto desenvolvidas. A principal mudança seria um maior envolvimento da instituição numa co-responsabilização pela taxa de participação no diagnóstico de situação. Penso que poderia ter havido um investimento adicional no sentido de se obterem mais aliados para a iniciativa e os resultados serem mais expressivos refletindo a organização como um todo e propor a criação da Comissão de Aleitamento Materno.

A principal conclusão que retiro é que tal como a literatura aponta, o processo de certificação não é simples e envolve os atores da organização, globalmente. Tudo começa pela vontade em atingir uma meta e envolve um longo caminho de empenho e envolvimento de todos com altos e baixos e resistências dos mais variados níveis, que é necessário ultrapassar. Acima de tudo penso que os benefícios da mudança devem de ser mais tangíveis e palpáveis para os vários parceiros envolvidos. É um processo que envolve a globalidade da organização e que pode ser potenciado para estimular a sua coesão como um todo.

Importa ainda salientar que o Hospital globalmente está no bom caminho mas se está efetivamente empenhado nesta jornada tem que desenvolver os passos necessários para a criação, divulgação e disseminação de uma política de aleitamento materno que ponha em marcha a mudança. Outro aspecto a destacar foram os resultados alcançados com a implementação dos pressupostos do quarto passo da IHAB. Desses resultados destaco o tempo decorrido em média para o início da primeira mamada, que se situou na 01:01hora (APÊNDICE VII), o que vai ao encontro do preconizado (APÊNDICE III), e ainda que 46% das clientes conseguiu amamentar no decorrer do CPP, o que apesar de ser um valor satisfatório, seria um indicador a melhorar. Das 35 clientes com quem colaborei no parto, 71% necessitou de cuidados de suplementação para iniciar a amamentação, o que salienta de forma inegável a importância que as intervenções especializadas por parte do EEESMO, nos momentos imediatamente após o nascimento, têm para a efetiva protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno.

Eu, enquanto estudante, procurei ser um elemento facilitador desta demanda e apoiar o hospital neste objetivo. Procurei criar sinergias e contribuir para um clima de apoio mútuo entre os locais onde desenvolvemos os nossos ensinos clínicos/ estágios e a academia (escola), contribuindo para as gerações futuras de EEESMO, pelo reconhecimento por parte das instituições de que a presença de estudantes também pode ser uma mais-valia e um fator de mudança para as suas práticas, contribuindo para o seu progresso e evolução.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, Natalúcia M. [etal] (2008). Uso de vaselina liquida na prevenção de laceração perineal durante o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

ACOG & SMFM (2014). Obstetric Care Consensus: Safe Prevention of the Primary Cesarian Delivery. *Obstetric Care Consensus, nº1*, March 2014

APEO (2009). *Iniciativa Parto Normal, Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.

AHA (2010). Part 15: Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. Disponível em: http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S909. Acedido a 14-10-2014.

Beckmann MM. E. H. [etal] (2006). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane collaboration, systematic review.*

Benner P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bystrova, Ksenia (2008). *Skin-to-skin contact and suckling in early postpartum: effects on temperature, breastfeeding and mother- infant interaction*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Bystrova, K. [etal] (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth.* Vol (32º). Págs 97-109.

Canário, R. (2007). *Aprendizagens e Quotidianos. In Processos de Formação na e para a Prática*. Loures: Lusociência.

Canavarro, M. C. (2001). *Gravidez e Maternidade - Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. Canavarro, Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (p. 18). Coimbra: Quarteto.

Carvalho, Carla Susana (2013). *Intervenções do EEESMO promotoras do aleitamento materno e da certificação de um hospital como "Amigo dos Bebés" . Projeto para Estágio com Relatório conducente ao grau de Meste na Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. ESEL

Carroli G, Belizan J. (2000). Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane collaboration, systematic review.*

Colson, Suzanne (2012). Biological Nurturing: The laid-back Breastfeeding Revolution. *Midwifery Today*. Disponível em: www.midwiferytoday.com, acedido a 11/08/2014.

Cunha, M. P. [etal] (2007). *Manual De Comportamento Organizacional e Gestão.* (6ª Edição). Lisboa: RH, Lda.

Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro (1996). Define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República*, 1.ª série A, N.º 205 (04 de Setembro de 1996). 2959-2962.

DiGirolamo, A. M. [etal] (2001). Maternity Care Practices: Implications for Breastfeeding. *Birth*, Vol (28). Págs:94-100.

DiGirolamo, A. M. [etal] (2008). Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. *Pediatrics*, Vol (122) Págs: 543-549.

Fawcett, J., & Bourbonniere, M. (2001). *Utilization of Nursing Knowledge and the Future of the Discipline. In N. Chaska, The Nursing Profession: Tomorrow and Beyond.* USA: Sage Publications, Inc. pp. 315.

Ferreira, J.M. [etal] (2001*). Manual De Psicologia Das Organizações.* Lisboa: McGraw-Hill de Portugal Lda.

Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford Further Education Unit: Oxford Polytechnic.

Escamilla, R.P. (2007). Evidence Based Breast-Feeding Promotion: The Baby-Friendly Hospital Initiative. *The Journal of Nutrition*. Vol (137). Págs: 484-487.

Healy, P., & Fallon, A. (2014). Developments in neonatal care and nursing responses. *British Journal of Nursing*, 23 (1), 21 - 24.

INE (2013). *Inquérito à fecundidade 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Internacional Confederation of Midwives (2011). *Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira 2010*. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/Compete%CC%82ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerci%CC%81cio%20Ba%CC%81sico%20da%20Profissa%CC%83o%20de%20Parteira%202010.pdf. Acedido a 01-03-2014

Jacobs S., Sokol J. & Ohlsson A. (2002) The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program is not supported by meta analyses of the data. *Journal of Pediatrics* 140, 699–706.

Kennell, JH and McGrath. (2002). Extendedd mother-infant skin-to-skin contact and prospect of breastfeeding. *Acta Paediatr.* Vol (91). Págs 1288-1289.

Kennell, JH and McGrath. (2003). Beneficial effects of postnatal skin-to-skin contact. *Acta Paediatrica.* Vol (100). Págs 1127-1133.

Kenner, Carole & Lott, Judy W. (2007). *Comprehensive Neonatal Care: an Interdisciplinary Approach* (4º Edition). Missouri: Saunders.

Kindberg, Sara Fevre (2008). *Perineal lacerations after childbirth*. Denmark. University of Aarhus. PhD Thesis.

Kymre, I., & Bondas, T. (2013). Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 8.

Kostyra, M [etal] (2002). Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr.* Vol (91). Págs: 1301-1306.

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série N.º 180 (16 de Setembro de 2009). 6528-6550.

Leitão, F. J. C (2010). *Autonomia da mulher em trabalho de parto*. Lisboa. Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Bioética. Lisboa: FMUL

Loff, A.(1999). *Guia Prático Para a Elaboração de Currículos e Relatórios Críticos de Actividades*. Almegue: FORMASAU- Formação e Saúde Lda. P. 107-157

Lopes, A. [etal] (1999) - Reflectindo sobre o Projecto Profissional e o Plano de Acção. *Revista Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º131 (1999), p. 27-29

Lopes. M. [etal] (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática de Literatura. *Referência*. Série III, nº 1. Págs: 109-118

Macedo P. (2012). *Conferência Internacional de Aleitamento Materno*. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/conferencia+internacional+aleitamento+materno.htm. Acedido em 14/10/2014.

Mayerhofer K. [etal] (2002). Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *The Journal of reproductive medicine*. 477-482.

McCarthy, Rosemary (2009). Protecting the perineum: have we been duped by HOOP?. *British Journal of Midwifery*. 779-781.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. p. 1-2; 11-23; 24-37; 52-72; 94; 114-121; 455-616.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing* (5ª Edition ed.). USA: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

O'Dell, D. (2001). *A Resolução Criativa do Problema, Guia Para a Criatividade e Inovação Na Tomada De Decisões*. Lisboa: Instituto Piaget.

Oliveira, G., Albuquerque, M., Cardoso, B., Gaspar, E., Costa, .., Aguiar, T., Pissara, S. (s.d.). *Consensos: Reanimação do Recém-nascido de Termo na Sala de Partos*.

OMS. (2007). *Gravidez, Parto, Pós-Parto e Cuidados com o Recém-nascido: Guia para a Prática Fundamental*. Obtido de www.who.int.

OMS (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático.* Genebra: Saúde materna e neonatal/unidade de maternidade segura saúde reprodutiva e da família.

OMS (2002). *Promoting Effective Perinatal Care Essential: Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*. Regional Office for Europe. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf. Acedido em 31/06/2013.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE* Versão 2. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves Lda.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt. Acedido em 07/04/2014.

OE (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx. Acedido a 13/08/2014

Pordata (2013). *Cesarianas nos Hospitais (%) em Portugal*. Disponível em: http://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+%28percentagem%29-1985,. Acedido a 13/08/2014.

Power, David [etal] (2006). Obstetric anal sphincter injury: How to avoid, how to repair: A literature review. *The Journal of Family Practice*. 193-200.

Raynal, S. (1996). *A Gestão Por Projecto*. Lisboa: Instituto Piaget.

Rego, A. (2002). *Comportamentos De Cidadania Nas Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal Lda.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8648-8653.

Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República* 2.ª Série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8662-8666.

Schmied, V. [etal] (2011). Ten steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *Bio Medical Central, health Services Research*. 11:208.

Symington A. & Pinelli J.M. (2002) Distilling the evidence on developmental care a systematic review. *Advances in Neonatal Care* 2, 198–221.

Symington A.&Pinelli J.M. (2006) Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2, CD001814.

Sobel [etal] (2011). Immediate newborn care practices delay thermoregulation and breastfeeding initiation. *Acta Paediatrica.* Vol (92). Págs 272-273.

Sousa, F. C. E Monteiro, I. P. (2010). *Liderança de Equipas na Resolução de Problemas Complexos.* (1ª edição), Lisboa: Edições Sílabo.

Taberna, C. (2012). Foetal and neonatal stress. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(S4), 144 - 145.

Tereso, A. (2005). *Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-44-1

Tereso A (2006). O Parto: uma experiencia de cidadania? Sobre o papel dos Enfermeiros especialistas no exercício da cidadania das parturientes. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Nº 7.

TIN (1947). *Código de Nuremberga*. Disponível em: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/ccis/files/2012/08/CODIGONUREMBERG.pdf. acedido a 11/09/2014.

Unicef Uk (2011). *How to implemente baby friendly standards, a guide for maternity settings*. London: Unicef UK Baby Friendly Initiative.

Walsh, A. [etal] (2011). An Examination of Maternity Staff Attitudes Towards Implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) Accreditation in Australia. *Matern Child Health Journal*. Vol (15). Págs: 597 609.

WHO. (2003). *Kangaroo mother care - a practical guide*. Geneva.

WHO. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Obtido de http://whqlibdoc.who.int/.

WHO. (2012). *Guidelines of Basic Newborn Resuscitation*.

Yildiz, A., & Arikan, D. (2011). The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 644-656.

5 APÊNDICES

APÊNDICE I - Modelos Conceptuais de Enfermagem adotados

APÊNDICE II - Metodologia Adotada para a Revisão da Literatura

APÊNDICE III - Critérios de Conformidade e Critérios para a Certificação de Acordo com a IHAB

APÊNDICE IV – Caracterização da Unidade de Saúde

APÊNDICE V – Atividades planeadas por objectivo

APÊNDICE VI - Competências Comuns e Específicas do EEESMO

APÊNDICE VII - Registo de Interação

APÊNDICE VIII – Jornal de Aprendizagem

APÊNDICE IX - Metodologia Projetada para o Estágio com Relatório

APÊNDICE X - Questionário de Autoavaliação das Práticas dos Enfermeiros Promotoras do Aleitamento Materno

APÊNDICE XI - Apresentação dos Resultados Relativos à Autoavaliação das Práticas dos Enfermeiros Promotoras do Aleitamento Materno

6 ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Conselho de Administração ao Pedido para Realização do Diagnóstico de Situação