

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Materna e Obstetrícia

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1º mês pós-parto

Cláudia Sofia Bonito Cardoso

Orientador: Sra. Prof. Helena Bértolo

2011



Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, aos meus amigos e a todas as mães.

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos a todos os que com o seu apoio, colaboração e amizade contribuíram para a realização do presente trabalho:

À Sra. Professora Helena Bértolo, pelo empenho, dedicação, apoio científico, sugestões, reflexão e disponibilidade contínua na orientação deste trabalho.

À Sra. Enfermeira Miriam Oliveira, pela forma como me recebeu e orientou ao longo de todo o Ensino Clínico e pela partilha de conhecimentos e saberes práticos.

A todas as mães, pais e bebés que aceitaram colaborar neste estudo.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo carinho, atenção, incentivo e apoio disponibilizados.

Ao Paulo, que esteve sempre presente e me apoiou na realização deste trabalho.

À memória do meu avô e do meu bisavô.

Aos meus amigos, confidentes nos momentos menos fáceis, por acreditarem que era capaz.

A todos os funcionários da instituição, que me apoiaram e permitiram a concretização do presente trabalho.

Muito obrigada a todos!

“Tudo começa ao nascer.
Nosso primeiro acto depois de nascer é
sugar o leite materno.
Este é um acto de afeição, de vínculo.
Sem este acto, nós não sobrevivemos.
É facto...é a realidade.”

Dalai Lama and Howard C. Cutler.
The art of happiness. A handbook for living, 1998.

RESUMO

Introdução: o aleitamento materno tem inúmeras vantagens para a díade e para a sociedade. Apesar do reconhecimento da sua superioridade, e da elevada incidência desta prática à nascença, continua a verificar-se uma baixa prevalência após o primeiro mês de vida, em especial nas mães que amamentam pela primeira vez, que, pela sua inexperiência prévia, se vêm confrontadas com dificuldades que podem conduzir ao desmame precoce. **Objectivos gerais:** analisar as principais dificuldades destas mães, face ao aleitamento materno durante o período de permanência na maternidade e no domicílio, no primeiro mês de vida do lactente. Reflectir sobre o papel do EESMO. **Participantes e método:** foi realizada revisão sistemática da literatura, de forma a determinar as evidências científicas actuais relevantes para a problemática em estudo. Para enriquecer este trabalho e inserido no método qualitativo, procedeu-se à observação participante em contexto de maternidade e no domicílio e à realização de questionário de colheita de dados, entrevista e aplicação do protocolo da UNICEF para avaliação da mamada durante a realização de visitas domiciliárias a 5 díades. O modelo teórico de Kristen Swanson serviu de guia condutor para o desenvolvimento deste projecto. **Análise dos dados:** para a revisão sistemática da literatura, foram analisados os artigos científicos encontrados e seleccionados os estudos credíveis que cumpriram os critérios de inclusão e de pertinência para a problemática em estudo. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo para a análise das notas de campo elaboradas nas interações com as mães. **Principais conclusões:** das dificuldades encontradas na díade destacam-se a incerteza da qualidade/quantidade do L.M., muito associada ao choro do bebé e os mamilos e mamas dolorosos, que podem conduzir ao desmame precoce. Práticas inadequadas dos profissionais de saúde agravam estas dificuldades. Pressão e informações contraditórias são apontadas pelas mães como intervenções negativas destes profissionais; suporte físico e emocional é valorizado. É importante que o enfermeiro especialista contribuía significativamente para o início, estabelecimento e manutenção desta prática, intervindo desde, pelo menos, o período pré-natal e mantendo o seu apoio após a alta hospitalar. Informação, educação, reforço positivo, suporte prático e emocional são fundamentais para o restabelecimento de uma cultura de aleitamento materno.

Palavras-chave: modelo teórico de Kristen Swanson; aleitamento materno; dificuldades; papel do EESMO.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding has many advantages for the dyad and the society. Despite the recognition of the superiority and high incidence of this practice at birth, a low prevalence after the baby's first month of life continues to be observed, especially in first time breastfeeding mother's, due their inexperience. They are confronted with difficulties that can lead to early weaning. **General objectives:** analyse the difficulties of these mothers regarding breastfeeding during their stay in maternity ward and at home in the infant first month of life. Analyse the EESMO's (Clinical Nurse Specialist in Obstetrics) breastfeeding role. **Participants and method:** A systematic review of the literature was carried out in order to determine the current scientific evidence relevant to the issue under study. To enrich this work and entered into the qualitative method, a participant observation was carried out in the maternity ward and at home and the completion of a questionnaire by collecting data, interviews and the appliance of the UNICEF breastfeeding evaluation protocol during the course of five dyads home visits. Kristen Swanson's theoretical model served as a guide for the development of this project. **Data analysis:** for the systematic review of literature, the scientific articles found were analyzed and the credible studies that met the inclusion criteria and relevance to the problem under study were selected. The content analysis technique was used to analyse field notes prepared in interactions with mothers. **Main conclusions:** from the difficulties encountered in the dyad the ones that stand out are the uncertainty of the quality / quantity of the mother's milk, closely associated with the baby crying and painful breasts and nipples, which can lead to early weaning. Some inappropriate practices of the health professionals intensify these difficulties. Pressure and conflicting information are identified by the mothers as negative interventions of these professionals; physical and emotional support is appreciated. It's important that specialized nurse contribute significantly to the initiation, establishment and maintenance of this practice, operating since at least the prenatal period and keeping their support after hospital discharge. Information, education, positive reinforcement, practical and emotional support are the key to restore the culture of breastfeeding.

Keywords: Kristen Swanson's theoretical model, breastfeeding, difficulties; EESMO's role.

LISTA DE ABREVIATURAS

A.M. – Aleitamento Materno

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CPLEESMO – Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direcção Geral da Saúde

Dra. – Doutora

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

EV – endovenosa

FAME – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

HSM – Hospital Santa Maria

ICM – *International Confederation of Midwives*

INS – Inquérito Nacional de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Prof. – Professora

RABA – Ruptura Artificial da Bolsa de Águas

REBA – Ruptura Espontânea da Bolsa de Águas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN/ RN's – Recém-nascido/ Recém-nascidos

Sra. – senhora

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1. Teoria do cuidar de médio alcance de Kristen Swanson	17
1.2. Cuidar na Sala de Partos: o papel do Enfermeiro Obstetra	24
1.3. Aleitamento Materno	28
1.3.1. A prática de Aleitamento Materno em Portugal	29
1.3.2. Vantagens do Aleitamento Materno	32
1.3.3. Factores facilitadores do sucesso do Aleitamento Materno	35
1.3.4. O direito a amamentar	36
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	37
2.1. Objectivos gerais e objectivos específicos	37
2.2. Questões de investigação	37
2.3. Opções metodológicas	38
2.3.1. Tipo de estudo	38
2.3.2. Contexto do estudo	39
2.3.3. Instrumentos de recolha de dados	39
2.3.4. Selecção de participantes	40
2.3.5. Análise dos dados	40
2.4. Princípios éticos	41
3. PRINCIPAIS ACHADOS	42
3.1. Descrição e análise das actividades desenvolvidas para a aquisição de competências durante o Ensino Clínico	42
3.1.1. <i>Competência nº1: Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados à mulher/ família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica do HSM</i>	42
3.1.2. <i>Competência nº2: Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados à grávida internada para indução de TP</i>	44
3.1.3. <i>Competência nº3: Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados à mulher inserida na família e comunidade durante os 4 estádios do TP, promovendo o bem-estar materno/ fetal e a adaptação do RN à vida extra-uterina</i>	45

ÍNDICE	Página
3.1.4. Competência nº4: <i>Observa e participa na prestação de cuidados ao RN internado na Unidade de Neonatologia</i>	48
3.1.5. Competência nº4: <i>Aprofunda conhecimentos no âmbito dos principais factores de sucesso e insucesso do Aleitamento Materno e implementa actividades no âmbito da candidatura do HSM a Hospital Amigo dos Bebés</i>	48
3.2. Apresentação, análise e discussão de dados das Notas de Campo	50
3.3. Análise dos resultados da aplicação do formulário da UNICEF para avaliação da mamada	55
3.4. Revisão Sistemática da Literatura	57
3.4.1. Quadros síntese dos estudos seleccionados	57
3.4.2. Dificuldades das mães que amamentam pela primeira vez durante o primeiro mês pós-parto	64
3.4.3. Intervenções de Enfermagem facilitadoras do estabelecimento e manutenção da prática de Aleitamento Materno valorizadas pelas mães	70
3.4.4. Análise do contributo dos estudos	71
4. CONCLUSÃO	73
5. BIBLIOGRAFIA	77
APÊNDICES	86
APÊNDICE A: A importância dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno	
APÊNDICE B: Notas de campo	
APÊNDICE C: Questionário de caracterização da díade	
APÊNDICE D: Folha de avaliação da Unidade Curricular Estágio com Relatório	
APÊNDICE E: Sessão de Educação para a Saúde	
APÊNDICE F: Folheto: “Aleitamento Materno – como ultrapassar pequenas dificuldades?”	
ANEXOS	87
ANEXO A: Termo de consentimento esclarecido para visitação domiciliária de enfermagem	
ANEXO B: Folheto “Extrac�o e conserva�o do leite materno”	

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório insere-se no 2º ano, 2º semestre, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, no âmbito da unidade curricular - Estágio com relatório, que teve lugar na Sala de Partos, Unidade de Neonatologia e Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, do serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria, do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. Este Ensino Clínico decorreu no período compreendido entre 17 de Janeiro e 1 de Julho de 2011, com a carga horária média de 35 horas semanais até 14 de Março e 25 horas semanais após esta data, sob a orientação da docente orientadora Sra. Prof. Helena Bértolo e da orientadora do Ensino Clínico Sra. Enf.ª Miriam Oliveira.

Tem como finalidade constituir um documento de descrição e análise reflexiva do percurso da estudante durante o período de tempo anteriormente referido, em particular das competências propostas no Projecto de Estágio inicialmente elaborado. A pertinência da realização do presente Ensino Clínico para o desenvolvimento de competências como futura EESMO justifica-se pela reflexão de Benner (2001, p.32):

“a teoria é um excelente instrumento para explicar e predizer (...). A perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real. A experiência é por isso necessária para a perícia”.

A elaboração das competências propostas pela estudante resultou de uma reflexão sobre as competências essenciais para a Prática Básica das Parteiras definidas pelo *ICM*; as competências específicas do EESMO descritas no regulamento da OE e aprovadas pela Assembleia de Colégio da Especialidade de EESMO (20 de Outubro de 2010); os objectivos definidos no Guia Orientador da unidade curricular - Estágio com Relatório; as necessidades de aprendizagem e interesses da aluna EESMO e as especificidades dos serviços onde decorreu a prática clínica, com o objectivo principal de desenvolver proficiências na área do cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal, ao recém-nascido e à mulher a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica.

Dado o seu percurso profissional e as competências propostas, o estágio do Modelo de Dreyfus¹ em que se situava inicialmente variou, em função da sua experiência

¹ Tal como Benner (2001) destaca no seu modelo teórico, e à luz do modelo de Dreyfus, na aquisição e desenvolvimento de uma competência, o estudante passa por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

profissional prévia e da especificidade dos cuidados proporcionados no contexto do Ensino Clínico. À luz do modelo teórico de Benner (2001), pretendeu-se adquirir e desenvolver “práticas competentes” com o objectivo principal de proporcionar cuidados de enfermagem competentes e aprofundar capacidades de julgamento clínico no âmbito desta especialidade.

Para além das competências essenciais para a formação como futura EESMO, foram ainda desenvolvidas competências na área do aleitamento materno. A sua promoção, protecção e apoio, constitui uma competência específica descrita no regulamento das competências do EESMO da OE (2010). No contexto da candidatura do Hospital Santa Maria a Hospital Amigo dos Bebés, e fazendo a estudante parte desta comissão de candidatura, considerou relevante aprofundar conhecimentos nesta área. A importância desta temática para o bem-estar materno-infantil é reconhecida pela OMS e a UNICEF, ao preconizarem a sua prática exclusiva até ao 6º mês de vida e a sua manutenção até aos 2 anos de idade ou mais, associado a outros alimentos e ao declararem que:

“o Aleitamento Materno constitui um processo único e uma actividade que, mesmo considerada isoladamente, é capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas, proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento, contribuir para a saúde da mulher reduzindo o risco de certos tipos de cancro e de anemia e aumentando o espaçamento entre os partos, proporcionar benefícios económicos para a família e para o país e quando bem adoptado, proporcionar satisfação à maioria das mulheres”. (Declaração de *Innocenti*, 1990, actualizada em 2005)

Também a Assembleia Mundial de Saúde, reconhece os inúmeros benefícios desta prática. Ao aperceber-se da necessidade e do direito de proteger as lactantes contra o marketing agressivo da indústria de substitutos do leite materno, pelo que aprovou a 21 de Maio de 1981 o Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno, que tem como principal objectivo impedir ou limitar estratégias promocionais que levem as mães a substituir o leite materno por produtos industriais. A Semana Mundial de Aleitamento Materno apoiada pela OMS/UNICEF continua a ser comemorada em vários países, com o objectivo de promover esta prática nas comunidades. Enquanto estratégia de promoção da saúde infantil, o aleitamento materno faz parte integrante do Plano Nacional de Saúde, sendo considerada um critério de qualidade de saúde perinatal.

Vários autores realçam os seus benefícios. Tal como Levy (2011, p.17) reforça:

“o Aleitamento Materno é um direito da mãe e do bebé; o Aleitamento Materno tem inúmeras vantagens a curto e a longo prazo para a mãe, o bebé, a sociedade e o ambiente. O Aleitamento Materno é um presente para a vida, uma valsa entre a mãe e bebé, uma experiência única, e um acto de amor que proporciona uma intimidade entre mãe e bebé inimitável”.

No entanto, apesar destes benefícios, alguns estudos demonstram que embora mais de 90% das mães iniciem o aleitamento materno, quase metade desiste precocemente deste projecto ao longo do primeiro mês de vida do recém-nascido (Levy; Bértolo, 2008; Pinto, 2010). Duarte (2010, p.250) justifica estes dados com o facto de a amamentação não ser “para a mulher um acto instintivo, ao contrário dos restantes mamíferos. Por este motivo, é essencial que aprenda a amamentar, e os profissionais de saúde têm um papel fundamental neste apoio à mulher”. Há muito tempo que o aleitamento materno deixou de ser considerado um acto instintivo, uma necessidade da díade, transmitida e apoiada de geração em geração. As mães actualmente amamentam por opção, no entanto, as crianças não podem optar e têm o direito a ser amamentadas. Tal como os autores anteriormente referidos concluem, cabe aos profissionais de saúde o importante papel de consciencializar as mães e implementar medidas que promovam um maior sucesso desta prática.

Diariamente, no seu exercício profissional, a estudante EESMO proporciona apoio e realiza educação para a saúde no âmbito desta temática e considera gratificante quando a experiência da díade é positiva. O seu interesse por esta temática advém da percepção que tem das dificuldades que as mães verbalizam e da ansiedade que muitas vezes se gera, o que pode interferir negativamente com a duração do seu projecto de amamentação, dada a sua inexperiência e na ausência de suporte adequado, em especial após a alta hospitalar. Os inúmeros benefícios do aleitamento materno e os factores anteriormente referidos justificam o interesse e a necessidade de a estudante aprofundar conhecimentos nesta área.

A elaboração do presente Relatório teve como principais objectivos:

- Descrever o quadro teórico de referência para a elaboração e implementação do Projecto de Estágio implementado;
- Explicitar a metodologia utilizada para a sua concretização;

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1º mês pós-parto

- Reflectir sobre os resultados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais, pessoais, relacionais e éticas como futura EESMO.

Pela sua aplicabilidade à área de Obstetrícia e Ginecologia, foi utilizado como quadro de referência a teoria do cuidar de Kristen Swanson.

No seguimento da presente introdução e previamente às referências bibliográficas, apêndices e anexos, o corpo principal desta dissertação foi estruturado nos seguintes capítulos:

1. Enquadramento Conceptual: no qual foi descrito o quadro teórico que serviu de guia condutor para a elaboração deste projecto;
2. Enquadramento Metodológico: onde foram abordadas as opções metodológicas;
3. Principais achados: neste capítulo foram descritas e analisadas as actividades desenvolvidas para a aquisição das competências propostas durante o Ensino Clínico, incluindo a competência relativa à problemática do aleitamento materno;
4. Conclusão: na qual se procedeu a uma reflexão sobre os aspectos mais relevantes para o desenvolvimento do Projecto de Estágio, as principais contribuições deste trabalho para a prática e as suas limitações/sugestões para projectos futuros.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Teoria do cuidar de médio alcance de Kristen Swanson

A Enfermagem constitui uma arte, a arte de cuidar e uma ciência que tem como objecto de estudo o cuidado holístico ao ser humano (autónomo ou interdependente), individual, na família ou na comunidade. Swanson (1993) define Enfermagem como o cuidado informado que tem como finalidade o bem-estar do outro².

A sociedade actual é uma sociedade científica, que valoriza cada vez mais o conhecimento racional, que justifica o modo de fazer, com a eficácia e a experiência. Para que a Enfermagem se possa afirmar como uma ciência, torna-se imprescindível associar a investigação a uma teoria, pois tal como Tomey e Alligood (2004) salientam, a investigação sem uma teoria origina apenas informação e, só a investigação e a teoria aliadas produzem a ciência da Enfermagem. As teorias de Enfermagem e os modelos teóricos que lhes estão associados surgem, assim, da necessidade de clarificar a especificidade dos cuidados de Enfermagem, orientar a prática, servir de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de Enfermagem (Keróuac *et al*, 1996). Constituem uma base conceptual imprescindível, na qual se encontra a essência desta profissão.

No entanto, ao contrário de teorias de outras disciplinas, as teorias e modelos teóricos de Enfermagem não podem basear-se apenas em conhecimentos empíricos, uma vez que, tal como Watson (2007) salienta, o enfermeiro presta cuidados à pessoa na sua totalidade (nas várias dimensões do ser humano), pessoa esta que experiencia de forma peculiar o processo de saúde e doença, de acordo com os seus valores, princípios, padrões culturais e experiências prévias. Deste modo, considerando que o objecto dos cuidados de Enfermagem é o ser humano, torna-se necessário conciliar o saber (conhecimentos), com o saber-fazer (aplicação da teoria na prática) e o saber-ser (consigo próprio e com o cliente a quem presta cuidados, fundamental para o desenvolvimento de competências relacionais).

Assim, tal como Carper citado por Swanson (1993) descreve, as teorias de Enfermagem baseiam-se não só nos conhecimentos empíricos desta ciência e de outras associadas, como também no conhecimento ético, pessoal e estético

² “*Nursing as informed caring for the well-being of others*” (Swanson, 1993, p. 352).

proveniente das ciências humanas, na experiência clínica, expectativas e valores pessoais e sociais.

Ao longo do tempo, estas correntes do pensamento em Enfermagem foram evoluindo de acordo com os valores e pensamentos da época vigente, inserindo-se em diferentes paradigmas. Segundo Kérrouac [et al] (1996), numa determinada época podem coexistir ideias de diversos paradigmas. Estes autores destacam a existência de 3 paradigmas, pelos quais a disciplina de Enfermagem passou: categorização; integração e transformação. Kuhn citado por Lopes (2000, p.33) define paradigma como “um conjunto organizado de crenças, de valores, de leis e de princípios, de metodologias e respectivas formas de aplicação, para o qual as disciplinas deveriam convergir”.

A teoria do cuidar de Kristen Swanson, seleccionada como referência para a realização deste relatório, insere-se no paradigma da transformação, que teve início nos anos 70 e inclui autores como Watson, Rogers, Newman e Parse. Segundo este paradigma, os fenómenos são percebidos como únicos, mas em interacção com o que os rodeia. Tal como Kérrouac [et al] (1996, p.13) referem:

“um fenómeno único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro. Alguns apresentam algumas semelhanças, mas nenhum se parece completamente. Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia”.

A declaração de Alma Ata constituiu um marco importante para este paradigma, uma vez que pela primeira vez são reconhecidos o direito e o dever de as pessoas participarem individual e colectivamente nas decisões de saúde que lhes dizem respeito, deixando de ser atribuída responsabilidade exclusiva aos profissionais de saúde (Lopes, 2000). Influenciado pela teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy, segundo a qual a pessoa constitui um sistema, constituído por vários subsistemas que interagem permanentemente, a pessoa é considerada um ser único, maior do que todas as partes que o constituem e com múltiplas dimensões, que está em permanente relação com o seu ambiente e meio envolvente. “A saúde é encarada como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa” (Lopes, 2000, p.46). Deste modo, os cuidados de Enfermagem têm como objectivo manter-reestabelecer o bem-estar da pessoa tal como ela o define. Enfermeiro e Pessoa constituem parceiros nos cuidados, numa relação segundo a qual a enfermeira “intervém sendo com a

peessoa”, disponibilizando-lhe os seus conhecimentos, acompanhando-a nas suas experiências de saúde/ doença e de acordo com o seu ritmo e caminho que escolheu (Kérrouac *et al*, 1996).

Swanson desenvolveu uma teoria do cuidar considerada de médio alcance, uma vez que, tal como Amendoeira (2000) salienta, está limitada à finalidade das suas variáveis estudo, constituindo a análise dos conceitos que lhe estão subjacentes, um método para o desenvolvimento desta teoria. Desenvolvida a partir da investigação qualitativa, uma teoria de médio alcance caracteriza-se por ser menos abstracta e mais direccionada e específica para a prática de Enfermagem.

O percurso académico desta teórica contribuiu significativamente para o desenvolvimento da sua teoria. Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Rhode Island (em 1975), Swanson realizou ainda os cursos de mestrado em Enfermagem Psicossocial, Saúde e Doença do Adulto e teorias de Enfermagem (com a Dra. Jacqueline Fawcett). Fez o doutoramento em Enfermagem Psicossocial na Universidade do Colorado, em 1993, sob orientação da Dra. Jean Watson, que, como todos sabemos, constituiu uma importante referência para o desenvolvimento da sua teoria do cuidar.

Swanson reconhece o cuidar como o ponto fulcral da enfermagem, explicitando que a finalidade dos cuidados de Enfermagem consiste em cuidar dos clientes que experienciam alterações de saúde, reais ou potenciais, até que estes sejam capazes de cuidarem de si próprios, autonomamente. Destaca alguns autores que procuraram analisar o cuidar, tais como:

- Noddings, que interpretou o cuidar do ponto de vista filosófico, apercebendo-se que cuidar consiste em perceber a realidade do outro como se fosse a sua própria realidade, resolver ou melhorar o seu desconforto;
- Benner e Wrubel, que salientam que o cuidar é fulcral para apreciar e intervir em nome do outro, definindo as áreas onde é proporcionada atenção ao stresse do cliente e às suas necessidades de adaptação;
- Gilligan e Ray, que concluíram que o cuidar está situado num quadro conceptual ético;
- Lenninger que concluiu que os padrões de cuidados variam de cultura para cultura;

- Watson que interpreta o cuidar como um ideal moral, destacando a sua importância na preservação do humano na sociedade (Swanson, 1991).

Partindo destes autores, concluiu que o significado do cuidar e os seus componentes essenciais permanecem pouco explícitos quer se cuide de si próprio, quer se cuide dos outros. Deste modo, estudou o cuidar em três contextos perinatais diferentes (Swanson, 2006):

- Estudo I (Swanson – Kauffman, 1986 a, 1988b): “*O cuidar e o aborto*”, procurou identificar quais os comportamentos do cuidar considerados úteis pelas mulheres que experienciaram uma situação de aborto;
- Estudo II (Swanson, 1990): “*O cuidar na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia*”, procurou perceber o que é ser cuidador numa Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia;
- Estudo III (Swanson – Kauffman, 1988 a): “*O cuidar e o Projecto de Modelos de Enfermagem Clínica*”, no qual procurou compreender a percepção das mães em situação de risco social, relativamente aos cuidados de Enfermagem, que tinham recebido intervenções de Enfermagem de saúde pública.

Utilizou o método fenomenológico na realização destes estudos, que é constituído por 4 etapas básicas: redução, intuição, análise e descrição. O desenvolvimento da sua teoria tem origem nestes estudos, no confronto com a definição global do cuidar, com a definição de apoio social de Cobb (1976), os factores de cuidar de Watson (1985, 1979) e a descrição do papel de ajuda dos enfermeiros de Benner (1984) (Swanson, 1991).

Swanson define o cuidar como uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com o qual temos um sentimento pessoal de compromisso e de responsabilidade (Swanson, 2006)³. Segundo a autora, esta definição aplica-se a todas as relações de cuidados de Enfermagem: enfermeira-cliente; enfermeira-enfermeira e enfermeira para si própria. A relação estabelecida entre enfermeiro-cliente constitui uma relação de compromisso e responsabilidade, pelo que a enfermeira presta cuidados, que não espera serem retribuídos pelo seu cliente (Swanson, 1993).

Tal como já foi referido, define Enfermagem como o cuidado informado que tem como finalidade o bem-estar do outro (Swanson, 1993). Identifica o cuidado como a essência desta profissão.

³ Cuidar: “*a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility*” (Swanson, 2006, p.355).

Identifica como componentes essenciais do cuidar (Swanson, 1993): as pessoas/clientes; o ambiente; a saúde e o bem-estar; os enfermeiros e o cuidado informado.

Segundo esta autora, as pessoas são seres únicos, que manifestam a sua plenitude através de pensamentos, sentimentos e comportamentos. São dotadas de experiências de vida, que são influenciadas pela sua herança genética (que tornam cada ser humano único), pelo seu dom espiritual (liga cada ser a uma fonte de eterna e universal bondade, mistério, vida, criatividade e serenidade) e pela sua capacidade de exercer livre arbítrio (capacidade de decidir como agir face a um leque de possibilidades, que devem estar igualmente disponíveis, ser aceitáveis e desejáveis para todas as pessoas). Não estão estagnadas, estão-se a “tornar”, estão a crescer, a auto-reflectir na relação que estabelecem com o outro. Moldam-se e são moldadas pelo ambiente que as rodeia (Swanson, 1993).

O ambiente é para o enfermeiro todo o contexto que influencia ou é influenciado pelo cliente alvo dos cuidados de enfermagem, quer seja cultural, político, económico, social, biofísico, psicológico e espiritual. Quando se procura interpretar a influência do ambiente nos clientes, torna-se necessário considerar as exigências, as limitações e os recursos trazidos por estes para cada situação específica, assim como o ambiente envolvente. Estas definições não são rígidas, pelo que o que pode ser considerado cliente em algumas situações, pode noutras ser considerado ambiente (por exemplo, quando o enfermeiro exerce pressão para a necessidade de criação de áreas de lazer seguro para as crianças de uma cidade, aqui a comunidade constitui o cliente; quando o enfermeiro avalia as condições de uma escola para dar resposta às necessidades de uma criança com doença crónica, a criança constitui o objecto dos cuidados e a comunidade escolar o ambiente) (Swanson, 1993).

De acordo Swanson (1993), citando Smith (1981), existem 4 perspectivas de saúde: ausência de doença, capacidade para desempenhar os seus papéis, capacidade de adaptação e capacidade de procurar o bem-estar. Os cuidados de enfermagem focalizam-se na forma como os clientes experienciam uma condição de doença/ saúde. Mais do que centralizar-se na recuperação da doença, os cuidados de enfermagem têm como objectivos alcançar, manter ou recuperar o nível óptimo de vida ou o bem-estar óptimo dos clientes, dadas as suas condições pessoais e ambientais, restrições e recursos. Ao focalizar a saúde como o bem-estar do cliente, o enfermeiro tem de partir do pressuposto que a pessoa na sua totalidade “se está a tornar”, está a crescer, a

auto-reflectir e em interacção permanente com o outro. Para alcançar o bem-estar torna-se necessário experienciar a totalidade, que envolve um sentimento de integração e de liberdade de expressão de todas as facetas do ser, que nos tornam humanos: espiritualidade, pensamentos, sentimentos, inteligência, criatividade, parentesco, feminilidade, masculinidade e sexualidade, entre outros. A cura, ou seja, o processo de restabelecimento do bem-estar inclui o tratamento da dor, o estabelecimento de novos significados, a reintegração e o emergir de um sentimento de totalidade renovada. Saúde, doença, desvios e patologias são fenómenos socialmente definidos, pelo que são influenciados por valores sociais, ideais políticos, normas culturais e condições económicas e podem causar interferências negativas com o devir e cura, fundamentais para alcançar o bem-estar (Swanson, 1993).

Considera que os enfermeiros diagnosticam e tratam a resposta humana face a problemas de saúde reais ou potenciais. Quem presta cuidados, como presta cuidados e porque continua a prestar cuidados fá-lo por uma apaixonada interligação entre a ciência, a sua própria pessoa, a sua preocupação com a preservação da dignidade humana e do bem-estar para todos. Swanson refere que a qualidade do cuidado informado de Enfermagem varia de acordo com a fase em que o enfermeiro se encontra, que está relacionada com as competências que já adquiriu, podendo ir de principiante a perito. Fazendo referência a Patrícia Benner, esta autora exemplifica que por exemplo, uma enfermeira perita face a uma situação específica considera o cliente como um ser individual, que em última instância é capaz de “tratar da sua ferida”. Ao contrário de um enfermeiro principiante, que se centra em tratar a infecção e minimizar a dor, um enfermeiro perito planeia os seus cuidados considerando o que necessita para manter a segurança do seu cliente e o que o seu cliente necessita de aprender para se auto-cuidar. Um enfermeiro perito tem uma compreensão mais profunda do que constitui o bem-estar, um escopo mais amplo de práticas de cuidados e uma visão mais alargada do cliente a quem presta cuidados.

Identifica 5 categorias ou processos do cuidar que, apesar de descrever separadamente, considera não se excluírem mutuamente: “conhecer”; “estar com”; “fazer por”; “possibilitar” e “manter a crença” (Swanson, 2006).

“Conhecer” significa perceber o significado que um acontecimento-evento tem na vida do outro, pressupõe evitar suposições, procurar pistas, avaliar exaustivamente, centrando-se naquele a quem prestamos cuidados, e envolve o *self* de quem cuida e de quem é cuidado (Swanson, 2006). O prestador de cuidados parte do pressuposto

que o seu principal objectivo é compreender a realidade pessoal daquele que cuida e a sua filosofia consiste no conhecimento integral da pessoa e no desejo de conhecer o outro como um ser significativo (Swanson, 2006).

“Estar com” significa estar emocionalmente presente para o outro. Inclui estar lá, demonstrando disponibilidade contínua e partilhando sentimentos (Swanson, 2006). No entanto, esta presença e partilha são controladas para que o que cuida não seja uma sobrecarga para o que é cuidado. Tal como Swanson (1991) explicita, é mais do que compreender a situação do outro, é tornar-se emocionalmente aberto para a sua realidade⁴. Esta presença contínua pode ocorrer mesmo na ausência física do cuidador, manifestando-se através do envolvimento, estima e desejo de bem-estar do outro.

“Fazer por” significa fazer pelo outro aquilo que ele faria sozinho se lhe fosse possível. Inclui antecipar as necessidades do cliente, promover o seu conforto, protegendo-o, com competência e habilidade, preservando a sua dignidade (Swanson, 2006). A preservação da dignidade do outro é fundamental, uma vez que se torna constrangedor para a pessoa que é cuidada, estar dependente do outro para fazer determinadas actividades. Esta é uma das categorias do cuidar mais valorizada pelos clientes. Swanson descreve as 5 categorias na prestação de cuidados que lhe estão associadas, definidas por Bowers: antecipatória, preventiva, supervisão, instrumental e protectora (Swanson, 1991).

“Possibilitar” significa facilitar a passagem através das transições da vida e de acontecimentos desconhecidos. Consiste em ajudar o cliente a focalizar um acontecimento - as suas preocupações, como olhar para ou como agir numa situação, informar, explicar, proporcionar apoio, permitir e validar os sentimentos, as alternativas, dar *feedback* (Swanson, 2006). É utilizar os seus conhecimentos específicos para o bem daquele a quem presta cuidados, possibilitando o seu crescimento e actualização e promovendo o seu auto-cuidado (Swanson, 2006).

A última categoria do cuidar, “manter a crença” consiste em assistir os clientes para alcançar, manter ou recuperar o significado das suas experiências de saúde ou doença. Consiste em acreditar na capacidade do outro para enfrentar um acontecimento ou transição, envolvendo-o em estima, mantendo uma atitude de

⁴ “*It is more than understanding another’s plight; it is becoming emotionally open to the other’s reality*” (Swanson, 1991, p.163).

esperança e de optimismo realista, ajudando-o a encontrar o sentido, como se percorresse todo o caminho com ele (Swanson, 2006).

Pode-se assim concluir que, segundo Swanson (1993), a prática de Enfermagem resulta da interacção entre conhecimentos empíricos, estéticos, éticos e aspectos intuitivos de uma determinada situação clínica de um cliente e das 5 categorias ou processos do cuidar “conhecer”; “estar com”; “fazer por”; “possibilitar”; “manter a crença”. Esta teoria do cuidar fundamenta-se na manutenção de uma crença básica naquele a quem se presta cuidados, ancorada no conhecimento da sua realidade, transmitida através do “estar com” e promulgada por “fazer por” e “possibilitar”.

1.2. Cuidar na Sala de Partos: o papel do Enfermeiro Obstetra

O nascimento de um filho constitui uma experiência única e o início de uma nova etapa na vida de um casal. Na sociedade actual, o parto deixou de ser considerado um acto fisiológico, para passar a ser um acto médico. Tal como Maia [et al] (2010) salientam, o parto hospitalar contribuiu significativamente para uma melhoria dos indicadores de saúde materno-infantis, colocando Portugal na lista dos países com melhores resultados a nível Europeu e Mundial. No entanto, e ainda de acordo com os mesmos autores, tem-se verificado uma supremacia da técnica, uma assistência ao parto demasiado interventiva e medicalizada (baseada em protocolos estandardizados), que facilmente se comprova através do recurso a induções de trabalho de parto frequentes, número elevado de partos instrumentais e taxas de cesarianas, acima do recomendado pela OMS e do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (segundo dados nacionais, as taxas de cesariana foram as seguintes: 33% em 2004; 35,3% em 2007; 36,4% em 2009) (FAME; APEO, 2009; DGS, 2011)⁵. Assiste-se actualmente a um modelo paternalista que rouba o protagonismo à mulher/casal e os coloca numa posição passiva, pouco informada e dependente dos cuidados do profissional de saúde, limitando-os a cumprir as indicações que este lhes faculta.

Deste modo, com vista a promover a realização de um parto normal mais natural e humanizado, ainda que no ambiente hospitalar, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras aderiu em 2008 à iniciativa Parto Normal da *Federación de Asociaciones de Matronas de España* e tem vindo a desenvolver várias campanhas,

⁵ De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a meta traçada para o número de partos por cesariana seria de 20% (DGS, 2004). A meta para 2011-2016 ainda não está definida, uma vez que o Plano ainda se encontra em construção.

com o principal objectivo de sensibilizar os profissionais para a importância do apoio à mulher na defesa dos processos naturais e fisiológicos e da sua participação activa no parto, mediante decisões esclarecidas e fundamentadas (FAME; APEO, 2009). De acordo com o documento de consenso para a Iniciativa Parto Normal,

“A Associação Europeia de Parteiras reconhece que ter um filho é um acontecimento emocional e social no qual a confiança e a auto-estima da mulher devem ser fomentadas e desenvolvidas. Uma mulher deve poder dar à luz num ambiente que reforce os aspectos fisiológicos normais. A mulher tem direito a assistência médica adequada caso ocorram complicações durante o parto.”

(FAME; APEO, 2009, p.9)

Tal como Coutinho (2006) salienta, o parto pressupõe um certo grau de dependência parcial, que associado a cada experiência particular pode constituir um dos principais factores que transformam este acontecimento numa experiência negativa e traumatizante. Cuidados individualizados por parte do EESMO devem ser implementados, de forma a promover experiências positivas e gratificantes para a mulher e, contribuir para a humanização do parto, tal como é preconizado pela APEO.

Ao longo dos 4 estádios de trabalho de parto, a mulher é submetida a um conjunto de transformações físicas importante, que podem dificultar a vivência de uma experiência positiva de parto, tais como as contracções uterinas (1º estágio do trabalho de parto: apagamento e dilatação do colo), a expulsão do feto (2º estágio: período expulsivo), a saída da placenta e membranas (3º estágio: dequitação), o início do retorno dos órgãos à sua posição anatómica pré-gravídica e por vezes a algumas complicações decorrentes no puerpério imediato (4º estágio: puerpério imediato, que ocorre na primeira hora após o parto) tais como lacerações do canal de parto, atonia uterina, entre outras⁶. Para além de proporcionar cuidados altamente especializados, o EESMO ao permanecer 24h com a parturiente e seu convivente significativo, assume a responsabilidade e o compromisso de estabelecer uma verdadeira relação de ajuda durante o trabalho de parto e parto. Tal como Swanson (2006) salienta, cuidar consiste no estabelecimento de uma relação de carinho com o outro, baseada num sentimento pessoal de compromisso e responsabilidade⁷.

Segundo o REPE, a relação de ajuda constitui uma característica essencial do cuidado de Enfermagem (Nunes, Amaral, Gonçalves; 2005). Carl Rogers (1985, p.43)

⁶ Nota: divisão clínica do Trabalho de Parto e Parto segundo Fraser, Cooper, 2010.

⁷ Cuidar é: “*nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility*” (Swanson; 2006:355).

define relação de ajuda como “uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo (...)”. Acrescenta ainda que: “procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Rogers, 1985, p.43). Este autor identifica como pressupostos para o estabelecimento desta relação de ajuda: o ser congruente consigo próprio, ser transparente na relação que estabelece com o cliente, ter uma atitude positiva para com o outro (demonstrar calor, atenção, afeição, interesse e respeito), ser independente e ser capaz de interagir sem intervir com a liberdade do outro, ser empático, ter uma atitude de aceitação incondicional do outro, abster-se de juízos de valor/ apreciações e aceitar o outro como um ser em transformação, com potencialidades. Todos estes pressupostos devem ser tidos em consideração e desenvolvidos pelo EESMO ao cuidar da grávida/parturiente e seu convivente significativo na sala de partos.

Torna-se ainda imprescindível que o EESMO, à luz da teoria de Kristen Swanson, compreenda a realidade pessoal da sua parturiente, procurando “conhecer” a forma como o trabalho de parto e parto estão a ser vivenciados, o significado que o nascimento daquele bebé tem para aquele casal e a forma como o processo de parentalidade está a ser experienciado, as suas crenças, valores, tradições e as suas opiniões. “Estar com” a parturiente e seu convivente significativo, contribui para que estes dois clientes sintam que a sua experiência é valorizada pelo enfermeiro e que ele está disponível para cuidar efectivamente.

“Fazer por”, implementando por exemplo, medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, promovendo o conforto da parturiente e preservando a sua privacidade, antecipando as suas necessidades, contribui para promover o bem-estar do outro.

Reconhecer a parturiente como um ser significativa, capaz de devidamente informado, participar activamente nas tomadas de decisões, dando-lhe a possibilidade de se tornar um parceiro activo na equipa, poderá contribuir para uma experiência de nascimento positiva, gratificante e humanizada. “Manter a crença” na capacidade da mulher para participar activamente em todo este processo e para que tenha o filho, ajuda-a a manter a esperança e a acreditar que vai ser capaz de ultrapassar este

acontecimento, numa altura em que por vezes surgem sentimentos de angústia e desespero, desencadeados pela presença de dor e pelo cansaço maternos.

Também numa mulher/ casal que experiênciam uma situação de aborto a implementação destes 5 processos do cuidar é fundamental.

No entanto, tal como Swanson (1993) realça, e, baseando-se no modelo teórico de Patrícia Benner, a qualidade do cuidado informado vai depender da fase de aquisição de competências em que o enfermeiro se situa. De acordo com Patrícia Benner, esta aquisição de competências ocorre mediante a integração da teoria na prática. Enquanto a teoria fornece orientações para identificar os problemas e antecipar as necessidades de cuidados, a experiência proporciona a aprendizagem sobre excepções. O conhecimento obtido através da prática possibilita interpretar a teoria, ampliá-la, sintetizá-la e adaptá-la na prática de cuidados (Tomey; Alligood, 2004).

De acordo com o modelo teórico de aquisição de competências de Patrícia Benner, baseado no modelo de aquisição de competências de Dreyfus, o enfermeiro progride ao longo de 5 níveis de aquisição e desenvolvimento de competências, nos quais se verifica uma melhoria progressiva do seu desempenho profissional: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

No nível iniciado, o enfermeiro não possui qualquer experiência da situação na qual está envolvido. Possui conhecimentos sobre princípios e normas de actuação, mas sente dificuldade em estabelecer prioridades e discernir aspectos relevantes de irrelevantes. Benner situa a este nível estudantes de Enfermagem e os enfermeiros que com níveis mais elevados de competência numa determinada área, são colocadas numa outra área ou situação desconhecida.

No nível iniciado avançado, o enfermeiro já possui alguma experiência, mas ainda vê as situações clínicas como um desafio às suas capacidades face às exigências da situação, em vez das necessidades e respostas do doente. Apercebe-se de alguns factores significativos de uma situação, mas não consegue ultrapassar as regras e orientações para a acção. Tal como o enfermeiro principiante, só consegue apreender um aspecto de uma determinada situação, uma vez que tudo é novidade e ainda está muito centrado nas regras e orientações que lhe transmitiram.

No nível competente, o enfermeiro já consegue estabelecer prioridades, planeando intervenções de acordo com os objectivos que pretende alcançar e idealizando novas regras para a acção, de acordo com os factos relevantes de uma determinada situação. No entanto, ainda tem alguma dificuldade na gestão do tempo e demonstra

hiperresponsabilidade pelo utente, podendo transparecer uma constante visão crítica de si próprio. Para passar para o nível de proficiente, necessita de evoluir e deixar que a situação passe a orientar as suas respostas. Neste nível, o enfermeiro percepção as situações na sua totalidade e consegue abstrair-se da sua prática profissional, exercendo uma confiança crescente no seu conhecimento e nas suas capacidades. Dá resposta a alterações numa determinada situação de uma forma competente, reconhecendo a importância da mudança e envolve-se mais com o doente e família.

No nível perito, o enfermeiro consegue analisar de forma intuitiva cada situação, na sua globalidade. Focalizando-se na essência do problema, pondera uma série de diagnósticos e soluções alternativas. Conhece o doente enquanto pessoa, o que lhe permite dar resposta às suas verdadeiras necessidades e preocupações. É flexível e adapta-se facilmente a cada situação, o que lhe permite dar uma resposta adequada a uma determinada situação, de uma forma rápida. Os pontos-chave da enfermagem perita são: domínio clínico e prática baseada na investigação, *know-how* incorporado, ver a situação como um todo e ver o inesperado (Benner, 2001 e Tomey; Alligood, 2004).

A título conclusivo, pode-se afirmar que sendo o cuidar o ponto fulcral da Enfermagem (Swanson, 1991) e uma forma de se relacionar com o outro, com o qual nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis, o cuidado à parturiente/puérpera e sua família deve incluir a análise das suas preferências e opções e, ir ao encontro das suas crenças, valores e tradições específicas. As práticas do ESMO devem ter em conta as recomendações da OMS para o parto normal e para a participação activa da parturiente informada e estimulada, de forma a promover uma experiência de nascimento positiva e gratificante.

1.3. Aleitamento Materno

De acordo com a OMS, o aleitamento materno constitui uma forma inigualável de facultar a alimentação ideal para o crescimento e desenvolvimento dos lactentes. É também, para muitos autores, uma parte integrante do processo reprodutivo, com importantes repercussões na saúde das suas mães. Por este motivo, esta organização e a UNICEF recomendam a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida, e complementada com outros alimentos até aos 2 anos ou mais (OMS, 2011). Neste sentido, em 1992 estas duas entidades implementaram um programa mundial de

promoção do Aleitamento Materno denominado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (*Baby Friendly Hospital Initiative*) (Apêndice A).

A protecção, o apoio e a promoção do aleitamento materno constituem um direito da criança, contemplado na convenção sobre os direitos da criança, segundo a qual os Estados têm o dever de:

“assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes” (Assembleia das Nações Unidas, 1990, p.18).

Pelos inúmeros benefícios da prática de aleitamento materno para as crianças, para as mães, para a família, para o ambiente e para a sociedade, a Direcção Geral para a Protecção da Saúde e do Consumidor da Comissão Europeia, desenvolveu em 2004, um projecto a nível europeu denominado “Promoção, protecção e suporte ao aleitamento materno – um projecto em acção”. Este projecto tem como principais finalidades facultar um esquema para o desenvolvimento das actividades anteriormente referidas, que passa a estar disponível para todos os governos, instituições e organizações.

Segundo o documento orientador deste projecto (Comissão Europeia, 2004), só algumas crianças da Europa beneficiam deste início de vida vital, uma vez que o aleitamento materno não se encontra totalmente promovido e apoiado. Muitas vezes são as próprias instituições que oferecem obstáculos ao início e manutenção desta prática. Por outro lado, as baixas taxas de aleitamento e o seu abandono precoce, têm consequências negativas para a saúde e estrutura social da mulher, criança, comunidade e meio ambiente, acarretando um aumento das despesas a nível do Serviço Nacional de Saúde e das desigualdades em saúde, pelo que também se torna prioritário intervir a este nível.

1.3.1. A prática de Aleitamento Materno em Portugal

Portugal foi um dos países que aderiu ao “Projecto em Acção para a promoção, protecção e suporte ao Aleitamento Materno na Europa” anteriormente referido. Para a DGS, o aleitamento materno constitui uma prioridade do Plano Nacional de Saúde, uma vez que a sua prevalência (em exclusivo), se situa ainda em níveis muito baixos (DGS, 2007). De acordo com um estudo desenvolvido por Sandes (2007), apesar de

uma grande percentagem de puérperas amamentarem o seu recém-nascido à saída da maternidade (91%, das quais 77,1% em exclusividade), verificou-se uma diminuição significativa aos 3 (para 54,1%) e aos 6 meses (para 34,1%). Tal como Levy e Bértolo (2008) salientam, embora os estudos apontem para uma alta incidência desta prática à nascença (mais de 90%), a prevalência ao primeiro mês de vida diminui para quase metade, o que permite concluir que grande parte das mães desiste do seu projecto de amamentação.

Facilmente se constata que apesar da pertinência e das recomendações da OMS, UNICEF e DGS para a prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida do lactente, este padrão ainda é pouco praticado em Portugal. De acordo com o relatório do Observatório Nacional de Saúde (2003), que teve como principal objectivo contribuir para o conhecimento da prática do aleitamento materno no país, apesar de o número médio de semanas de sobrevivência do aleitamento materno ter aumentado comparando os INS de 1995/1996 e 1998/ 1999 (de 20,3 semanas para 20,6), continua a verificar-se uma queda na sua manutenção às 4 semanas de vida (14,9% no INS 1995/1996 e 11,4% dos inquiridos no INS de 1998/1999). Verifica-se ainda que a prática de introdução de leite não materno antes do primeiro mês de vida é significativa (apesar de comparativamente ter diminuído), correspondendo a 40,1% no INS de 1995/1996 e 19,2% no INS de 1998/1999.

Historicamente, o corpo da mulher esteve, desde sempre, naturalmente preparado para proporcionar leite materno ao recém-nascido logo após o seu nascimento, o que tem contribuído significativamente para o vínculo mãe-bebé. No entanto, tal como Duarte (2010) salienta, o reconhecimento atribuído à amamentação tem sido vítima de inúmeros avanços e retrocessos.

De acordo com Levy e Bértolo (2008), a evolução do aleitamento materno em Portugal ocorreu de forma semelhante à dos outros países. Inicialmente considerado natural e inquestionável, fomentando-se a amamentação através da cultura familiar, na qual a figura materna era vista como modelo para as jovens mães, passou a ser visto como absurdo e repugnante, em especial pelas classes mais elevadas (Galvão, 2006).

No século XVIII, na Europa, em especial em França e Inglaterra, o cuidar dos filhos não era valorizado pelas classes sociais mais altas. Considerados seres de menor importância, eram separados das mães e entregues a serviçais, que se encarregavam da sua educação. Logo à nascença eram amamentados por amas-de-leite. Os motivos apontados para este comportamento eram: o aleitamento materno ser prejudicial para a

saúde da mãe e o choro dos bebés negativo para a sua sensibilidade nervosa (Galvão, 2006).

No século XIX assiste-se a um retomar da prática de amamentação, pelo que as mães apenas recorriam a amas-de-leite quando a amamentação não era possível (Galvão, 2006).

A industrialização, a Segunda Guerra Mundial, a entrada da mulher no mercado de trabalho, os movimentos feministas, o declínio da família alargada, a atitude de indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade das indústrias produtoras de substitutos de leite materno, contribuíram significativamente para uma baixa incidência e prevalência desta prática, que teve início nas mulheres com um nível de escolaridade superior, alargando-se posteriormente para as de nível de escolaridade mais baixo (Levy; Bértolo, 2008). A hospitalização do parto, que deixa de ser realizado maioritariamente em casa também contribuiu para este decréscimo. Curiosamente, apesar de no pós-guerra se ter retomado a prática do aleitamento materno, uma vez que psicanalistas norte-americanas disseminaram a ideia que o aleitamento materno constituía a primeira prova de amor da mãe, conduzindo a que muitas se sentissem culpadas por não amamentarem, os movimentos feministas dos anos 60 rapidamente contribuíram para o seu declínio (Galvão, 2006).

A partir dos anos 70, verificou-se um retomar desta prática, sobretudo nas mulheres mais informadas (Levy; Bértolo, 2008). Nesta altura tinha-se atingido o nível mais baixo de amamentação (25% dos lactantes), pelo que ao tomar-se consciência da sua importância, iniciou-se a sua promoção, surgindo associações para apoiarem e defenderem o aleitamento materno (Galvão, 2006).

Contudo, actualmente verifica-se que a arte de amamentar nem sempre é transmitida de geração em geração, as mães de hoje não foram habituadas a ver amamentar os irmãos nem os vizinhos, quer pela moda dos substitutos do leite materno, quer por cada vez mais os casais optarem por ter apenas um filho. Não existe alguém por perto com experiência e disponibilidade para apoiar esta prática. As mulheres que amamentam pela primeira vez sentem-se muitas vezes inseguras face à sua inexperiência, sem apoio face a dificuldades que surgem, pressionadas para recorrerem ao leite artificial, pela sua facilidade de aquisição e por influências do grupo de pares, pela necessidade de retomar a actividade laboral, por se sentirem pouco à vontade para amamentarem em público, pelo receio de ficarem com o “peito descaído”, o que pode conduzir a um abandono do seu projecto de amamentação. Assim, apesar

do reconhecimento da superioridade do leite materno, a nível mundial, a taxa de abandono ainda é bastante significativa nos primeiros meses de vida do bebé, verificando-se um declínio progressivo da sua prevalência (Sandes *et al*, 2007), tal como já foi referido. Deste modo, torna-se pertinente encorajar e ajudar as mães a iniciarem e a manterem o aleitamento materno, de forma a promover uma experiência positiva, imprescindível para uma maior duração desta prática. O enfermeiro pode e deve desempenhar um importante papel ao informar, educar, apoiar e encontrar estratégias para garantir o seu início e manutenção. Torna-se pertinente compreender as causas para este fenómeno e desenvolver estratégias com o objectivo de corrigir este desvio. Assim, e de acordo com o documento da União Europeia (2004) anteriormente referido, é necessário uma informação, educação e comunicação adequadas para o restabelecimento de uma cultura de aleitamento materno.

1.3.2. Vantagens do Aleitamento Materno

As recomendações da OMS relativamente à prática de aleitamento materno assentam no conhecimento dos seus inúmeros benefícios para a criança, mãe, sociedade e meio ambiente.

Relativamente aos benefícios para a criança, Collete Clark citado por Nascimento e Issler (2003, p.56) refere que: “o recém-nascido tem apenas três necessidades essenciais – o calor humano dos braços da sua mãe, a certeza da presença materna e o leite do seu peito. A amamentação satisfaz as três”. Segundo Gomes-Pedro (2005), o aleitamento materno constitui o paradigma do fornecimento nutricional completo, perfeitamente adaptado às necessidades de um bebé nos seus primeiros meses de vida. Enquanto alimento vivo, completo (possui todas as proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas e água necessários para o bebé) e natural, é constituído por factores de crescimento biologicamente activos, tais como o factor de crescimento epidérmico, que estimula o crescimento do tracto gastrointestinal (Levy, 2005). Protege o bebé de infecções nomeadamente respiratórias e gastrointestinais, uma vez que é rico em imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG), lisozimas, lactoferrina, factores bífidos, linfócitos, granulócitos, neutrófilos e células epiteliais (Galvão, 2006; Marques, 2005). Protege o lactente de alergias e protela o aparecimento de alergias às proteínas do leite de vaca (Levy, 2005). Tem também benefícios a longo prazo, nomeadamente no que diz respeito a uma menor probabilidade de desenvolvimento de alguns tumores,

doença celíaca, obesidade, arteriosclerose, diabetes, doença de Crohn e colite ulcerosa no adulto (Galvão, 2006), assim como benefícios no desenvolvimento geral da criança: está associado a bebés que vêm melhor (o ómega 3 presente no leite materno favorece o desenvolvimento da retina), ouvem melhor (menos otites), respiram melhor e têm corações mais saudáveis (colesterol), têm menos complicações intestinais e dermatológicas (p.ex. eczema) (Levy, 2011).

A amamentação possibilita ainda o desenvolvimento da funcionalidade e anatomia das estruturas bucais, o que aprimora as funções de mastigação, deglutição, respiração e fonoarticulação (Bervian; Fontana; Caus, 2008). O movimento harmonioso das arcadas, bochechas e língua, possibilita o desenvolvimento equilibrado da função neuromuscular da boca e promove o desenvolvimento ósseo. Durante o aleitamento, os músculos pterigóideus médios e laterais, masseteres e temporais trabalham intensamente, o que permite uma boa preparação para futuramente exercerem uma adequada função mastigatória dos alimentos duros⁸. Do ponto de vista odontológico e da função mastigatória, promove o adequado desenvolvimento do tônus muscular, impulsionando o crescimento antero-posterior dos ramos mandibulares e a modelação do ângulo mandibular fundamentais para a primeira dentição. Permite a automatização do padrão correcto de deglutição, que acontece quando os dentes se encontram em oclusão: mandíbula estabilizada, ponta da língua acima e atrás dos incisivos no palato, selamento passivo dos lábios. Constitui a primeira lição preventiva de uma adequada respiração, uma vez que durante a amamentação as funções orofaciais são perfeitas: lábios fechados, postura correcta da língua e padrão respiratório nasal. Promove o desenvolvimento e maturação do sistema miofuncional oral e das funções neurovegetativas (respiração, sucção, deglutição e mastigação), fundamental para a função da fonoarticulação. Por outro lado, face ao intenso trabalho muscular que exige (musculatura perioral fatigada), minimiza o risco de desenvolvimento de hábitos bucais deletérios, nomeadamente a sucção não-nutritiva (através do dedo, chupeta ou outros objectos).

De acordo com Gomes-Pedro (2005), tem um importante valor psicológico, uma vez que a mama materna constitui o primeiro objecto de desejo e de prazer do bebé. Tem também um valor relacional:

⁸ O biberão estimula apenas os músculos orbicular da boca e bucinadores. Interfere nas funções de mastigação, sucção e deglutição e pode conduzir a alterações na musculatura orofacial e na postura de repouso dos lábios e língua.

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1º mês pós-parto

“o bebé reconhece desde o quinto dia o leite da sua mãe entre vários outros leites de mães na mesma precisa fase de lactação, e é esse cheiro associado à mão que agarra o peito, ao olhar cruzado com o da sua mãe, à identidade de uma melodia de som partilhado, são todas estas experiências que fazem sentido em função dum sentido de coerência representado por uma transacção fiável entre mãe e bebé” (Gomes-Pedro, 2005, p.10).

Levy (2005) salienta que a oportunidade de contacto físico e visual durante a mamada; a valsa que se estabelece entre cada um dos interlocutores, mãe e bebé que permite a descodificação de sinais que dão origem a comportamentos de resposta; conduzem a uma adaptação mútua mãe-bebé, o que se repercute positivamente na auto-estima materna e na vinculação, estabelecendo-se uma interacção de qualidade na díade, que influenciará interacções futuras. A libertação de ocitocina durante a amamentação contribui também para fortalecer o vínculo mãe-bebé (Galvão, 2006). De acordo com alguns estudos, os lactentes alimentados com leite materno têm um quociente de inteligência 7 vezes superior ao dos lactentes alimentados com leite artificial (Levy, 2011).

Sempre pronto, gratuito, esterilizado e à temperatura ideal, o leite materno favorece ainda a adaptação à alimentação complementar. Produzido por aquela mãe para aquele bebé, vai-se modificando ao longo do dia, no início e no fim da mamada e ao longo dos meses, adaptando-se às necessidades e crescimento do lactente, e é esta diversidade de composição e sabor, impossível de adquirir com os substitutos do leite materno, que promove uma maior adaptação dos bebés a outros alimentos (Levy, 2011).

Também para a mãe que amamenta as vantagens são inúmeras. Promove uma involução uterina mais rápida (pela produção de ocitocina) e recuperação do peso anterior à gravidez, diminui o risco de cancro de mama, ovários e fracturas da coluna e da bacia (Galvão, 2006 e Levy; Bértolo, 2008). Inibe a ovulação, desde que praticado em exclusividade (criança com menos de 6 meses de vida), em horário livre (mas intervalos não superiores a 6 horas entre mamadas), sem intervalos nocturnos e desde que a mulher não tenha menstruado ainda, funcionando como método contraceptivo natural (LAM: método da amenorreia lactacional) (DGS, 2008).

Melhora a qualidade de vida da criança e família, ao permitir poupar tempo e dinheiro, facilitando as suas deslocações e viagens. Uma vez que os bebés adoecem menos, verifica-se ainda uma redução dos gastos com a saúde, medicamentos,

utilização dos serviços de saúde e do absentismo dos pais, o que se converte em benefícios para a sociedade também. Existem ainda vantagens ecológicas, uma vez que não necessita de ser fabricado, envasilhado ou enlatado e transportado, o que permite poupar energia e recursos naturais e diminuir a poluição ambiental.

1.3.3. Factores facilitadores do sucesso do Aleitamento Materno

A amamentação constitui uma prática exclusiva da mulher. No entanto, para que seja bem sucedida, a mulher lactante necessita de ser ajudada e apoiada. De acordo com Levy e Bértolo (2008, p.9):

“o sucesso do aleitamento materno pode ser definido como uma amamentação mais prolongada (...) pode ainda ser definido pela qualidade da interacção entre mãe e bebé durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebé”.

Para garantir o sucesso da amamentação, torna-se fundamental o apoio à lactante por parte dos profissionais de saúde, uma vez que tal como Duarte [et al] (2010) explicitam, ao contrário dos outros mamíferos, a prática do aleitamento materno não constitui para a mulher um acto instintivo, sendo por isso fundamental que aprenda a amamentar.

Pereira (2006) agrupa os factores de sucesso do aleitamento materno em 3 fases distintas: antes do parto, após o parto e após o período de alta hospitalar. Como factores de sucesso anteriores ao parto destaca: a decisão de amamentar (directamente relacionada com a cultura em que a mulher se insere e com os conhecimentos que possui sobre importância e vantagens do aleitamento materno e desvantagens dos substitutos do leite materno); educação para a saúde no âmbito do aleitamento materno proporcionada pelos profissionais de saúde; programas de promoção e educação para a saúde. Baseada na literatura, enumera como factores de sucesso após o parto: o contacto precoce; a relação mãe-filho; o posicionamento do bebé durante a mamada; a pega correcta; a precocidade da primeira mamada; o alojamento conjunto. Após a alta hospitalar destaca a importância do apoio social, que inclui familiares, amigos e o pai e da visitação domiciliária.

Pinto (2010) reforça o importante papel do enfermeiro ao longo destas três fases: antes do parto, através da sensibilização pré-natal e aconselhamento universal; no suporte ao início e estabelecimento da lactação durante o internamento hospitalar e no

suporte da amamentação após a alta da maternidade, reforçando a necessidade de se melhorarem/ criarem estruturas de ajuda em ambulatório.

1.3.4. O direito a amamentar

A legislação portuguesa possibilita a protecção e conseqüente incentivo à prática do aleitamento materno (Lei 7/2009 de 12 de Fevereiro, artigos 33.º a 65.º). A licença parental materna durante o período de 5 meses possibilita a manutenção da prática de aleitamento materno exclusivo, sem recurso a extracção manual/ com bomba e possibilita o alojamento conjunto, fundamental para a sua manutenção. A possibilidade de alargamento desta mesma licença (licença complementar) facilita a sua continuação.

A licença parental paterna permite um maior apoio por parte do pai, o que contribui positivamente para o desenvolvimento da criança.

O direito materno a ser dispensada, em cada dia de trabalho, por dois períodos distintos com uma duração máxima de uma hora⁹, durante o tempo que durar a amamentação, sem qualquer perda de salário ou regalia¹⁰, reduz o tempo de separação mãe-bebé e promove assim também a prática de aleitamento materno.

A qualidade do leite materno e a manutenção da sua produção são asseguradas respectivamente pelo direito da mãe trabalhadora a não ser exposta a substâncias perigosas que possam ser eliminadas pelo leite materno e a estar dispensada do trabalho nocturno.

Verifica-se assim, na legislação portuguesa, um conjunto de direitos com os quais se pretende fomentar e proteger a amamentação.

⁹ Nota: no caso de nascimentos múltiplos, esta licença é acrescida de 30 minutos por cada gémeo para além do primeiro.

¹⁰ Por outro lado, a legislação também protege a trabalhadora lactante do despedimento.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No presente capítulo procurou-se clarificar aspectos de natureza metodológica que serviram de guia condutor para este estudo.

2.1. Objectivos gerais e objectivos específicos

Segundo Fortin (2009, p.160), “o enunciado do objectivo precisa as variáveis-chave, a população alvo e o verbo de acção apropriado”. Para explicitar o fim que se pretende atingir com o presente estudo, foram definidos os seguintes objectivos:

- **Objectivos Gerais:**

- ✓ Analisar quais as principais dificuldades das mães que amamentam, pela primeira vez, face ao aleitamento materno durante o período de permanência na maternidade e no domicílio, até ao 1º mês após o parto;
- ✓ Reflectir sobre o papel do EESMO na promoção e manutenção do aleitamento materno.

- **Objectivos Específicos:**

- ✓ Identificar as principais dificuldades das mães que amamentam pela primeira vez, durante o período de permanência na maternidade e no 1º mês pós-parto;
- ✓ Identificar intervenções do Enfermeiro Especialista que sejam facilitadoras da prática de aleitamento materno.

2.2. Questões de investigação

Com a finalidade de enquadrar e conhecer os estudos recentes existentes acerca da problemática em questão, foram enunciadas as seguintes questões de investigação: “*Quais as dificuldades (O) das mães que amamentam pela primeira vez (P) durante o primeiro mês pós-parto*” e “*Quais as intervenções de Enfermagem que consideram facilitadoras da prática de Aleitamento Materno (I)?*”.

Tendo em conta as questões anteriormente referidas, foi elaborado o protocolo de pesquisa, definindo-se os seguintes parâmetros, fundamentais para a selecção de publicações relevantes para a temática em estudo (PICOD):

- Participantes (P): mães que amamentam pela primeira vez;

- Intervenções (I): intervenções de Enfermagem facilitadoras da prática de Aleitamento Materno;
- *Outcomes* (O): dificuldades das mães que amamentam pela primeira vez face ao Aleitamento Materno;
- Descritores: Aleitamento Materno (*breastfeeding*); mães que amamentam pela primeira vez (*first time breastfeeding mother's*); dificuldades na amamentação (*breastfeeding problems*); desmame precoce (*early weaning*); primeiro mês de vida (*first month of life*); intervenções de Enfermagem valorizadas pelas mães na prática de aleitamento materno (*mother's perceptions of breastfeeding support from nurse's*).

2.3. Opções metodológicas

2.3.1. Tipo de estudo

De acordo com as orientações preconizadas para este relatório de estágio, optou-se pela realização de uma revisão sistemática da literatura, com o objectivo de reunir e sistematizar os conhecimentos existentes, de forma a dar resposta às questões de investigação formuladas. À luz do que Pereira e Bachion (2006) referem sobre este tipo de estudo, pretendeu-se integrar na experiência clínica individual uma adequada evidência externa disponível proveniente da pesquisa sistemática da literatura, o que possibilitará exercer uma prática baseada na evidência científica actual acerca da problemática em questão.

Considerou-se ainda pertinente a realização de um estudo exploratório-descritivo, inserido no método qualitativo. Segundo Fortin (2009, p.20), a investigação qualitativa “visa compreender o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes”. Trata-se do método que melhor permite compreender a experiência do aleitamento materno e as principais dificuldades das mães que amamentam pela primeira vez, assim como as intervenções de Enfermagem que consideram facilitadoras desta prática. A utilização de uma abordagem qualitativa possibilitou o estudo das vivências destas mães. Tal como Streubert e Carpenter (2002, p.17) salientam:

“os investigadores qualitativos têm enfatizado 6 características importantes desta investigação: (1) uma crença em múltiplas realidades; (2) um compromisso com a identificação de uma abordagem para compreender o fenómeno estudado; (3) um compromisso com o ponto de vista do participante; (4) uma conduta de pesquisa

que limita a corrupção do contexto natural do fenómeno de interesse; (5) um reconhecimento da participação do investigador na investigação e (6) uma compreensão do fenómeno, relatando-o de forma literária e incluindo comentários dos participantes”.

2.3.2. Contexto do estudo

Considerou-se pertinente realizar 5 visitas domiciliárias a díades durante o primeiro mês pós-parto. A escolha da visita domiciliária justifica-se por se ter iniciado o estabelecimento de uma relação de ajuda com a díade na Sala de Partos (local de realização do Ensino Clínico), que se prolongou durante o internamento de Puerpério (local de exercício profissional da estudante) e porque frequentemente, dada a precocidade das altas hospitalares, muitas dificuldades relacionadas com a amamentação surgem no domicílio. Desta forma, foi possível perceber-las e proporcionar algum suporte.

2.3.3. Instrumentos de recolha de dados

Para a realização da revisão sistemática da literatura, foi seguida a seguinte metodologia: definição da questão problema; selecção das bases de dados adequadas; selecção de descritores a utilizar nas pesquisas; realização das pesquisas nas diferentes bases de dados; leitura dos títulos e dos resumos; leitura do texto integral; selecção, inclusão, análise crítica dos textos, de forma a dar resposta às questões de investigação. Foram realizadas pesquisas nas seguintes Bases de Dados: *Ebsco*, *Medline*, *Cochrane*, *PubMed*, NIH, CINAHL, *B-on*. Foi ainda utilizado o motor de pesquisa *Google*, realizada pesquisa manual de trabalhos publicados em revistas, congressos, livros e de trabalhos não publicados disponíveis em bibliotecas, tais como monografias, teses e dissertações; consulta de documentos emanados por organizações pertinentes para a temática em causa, tais como a UNICEF, a OMS, a DGS e associações de apoio à prática de aleitamento materno e dada preferência a trabalhos realizados num horizonte temporal de 10 anos (de 2001 a 2011). Foram utilizados para a realização das pesquisas os descritores anteriormente referidos.

Para a concretização do estudo, procedeu-se à colheita de dados durante o cuidado de enfermagem à díade/ família através de entrevista e observação participante, durante o período de internamento hospitalar e durante a visita domiciliária. Foram

posteriormente elaboradas notas de campo (Apêndice B), que permitem documentar o descrito anteriormente. Para uma correcta avaliação da técnica de amamentação e posterior aconselhamento/ reforço positivo foi utilizado o protocolo da UNICEF para avaliação da mamada (ver capítulo 3.3.). Foi ainda realizado um questionário de caracterização da díade (Apêndice C).

2.3.4. Selecção de participantes

Definiram-se os seguintes critérios de elegibilidade:

- **Critérios de inclusão:** mães que amamentam pela primeira vez e em alojamento conjunto com o filho desde o nascimento.
- **Critérios de exclusão:** mães que tiveram experiência de amamentação anterior; mães que apresentaram complicações durante a gravidez ou após o parto, que contra-indiquem a amamentação; mães de lactentes que tiveram complicações perinatais, que não permitiram o alojamento conjunto durante o tempo de permanência na maternidade.

2.3.5. Análise dos dados

Para a realização da revisão sistemática da literatura, procedeu-se à seguinte análise dos artigos científicos: objectivo do estudo; metodologia utilizada; aplicabilidade; pertinência das informações publicadas para o estudo em questão. Estes artigos foram sintetizados, comparados e interpretados, para posterior apresentação de resultados. A sua elaboração teve como base uma apresentação objectiva das informações e evidências encontradas.

Relativamente ao estudo realizado, procedeu-se à análise dos dados através da utilização da técnica de análise de conteúdo, uma vez que tal como Vala (2001, p.104) destaca, enquanto técnica de tratamento de informação, permite "(...) inferências sobre a fonte, a situação em que esta produziu o material objecto de análise, ou até, por vezes, o receptor ou destinatário das mensagens". Citando Bardin (2009, p.40), "(...) a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens". Realizou-se uma análise dos resultados obtidos nos estudos, protocolo da UNICEF para avaliação da mamada, observações e notas de campo efectuadas durante o decorrer do Ensino Clínico, não só em relação ao que

essas mães verbalizam, mas também relativamente ao que a estudante EESMO constatou. Elaborou-se uma reflexão final que pretende dar resposta às perguntas de partida e que sintetiza o papel do EESMO na promoção, apoio e manutenção do aleitamento materno.

2.4. Princípios éticos

A realização de um estudo empírico pressupõe uma responsabilidade pessoal e profissional, de garantir que o seu desenho é sólido do ponto de vista ético e moral, devendo sempre manter a protecção dos direitos humanos e a preservação da dignidade humana (Streubert, Carpenter; 2002). Assim, e de acordo com Fortin (2009), foram tidos em conta os seguintes princípios éticos: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido¹¹; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a optimização das vantagens.

¹¹ No anexo A pode consultar-se o termo de consentimento esclarecido utilizado para a visita domiciliária.

3. PRINCIPAIS ACHADOS

3.1. Descrição e análise das actividades desenvolvidas para a aquisição de competências durante o Ensino Clínico

A competência e o aperfeiçoamento profissional são descritos no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 78º, como um valor universal a observar na relação profissional (Nunes; Amaral; Gonçalves, 2005). De acordo com Benner e Wrubel, “a teoria é somente um esqueleto simplificado da realidade, a excelência adquire-se na prática” (Coutinho, 2006, p.35). E é a prática que possibilita este desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, fundamentais para a progressão ao longo dos 5 níveis de competências da prática clínica de Enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Pretendeu-se no decorrer do Ensino Clínico, mediante os conhecimentos teóricos adquiridos durante o percurso formativo e alguma experiência pré-existente nesta área, um aprofundamento do domínio das competências comuns ao enfermeiro de cuidados gerais e o desenvolvimento de competências clínicas específicas, que seguidamente serão descritas, com dois objectivos principais: a qualificação na área dos cuidados proporcionados pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Ginecológica e Obstétrica, para uma crescente adequação dos cuidados às necessidades dos clientes e uma possibilidade de aumentar a autonomia profissional. Todas as competências seguidamente descritas foram alcançadas com sucesso. No apêndice D, pode consultar-se a folha de avaliação final relativa a este Ensino Clínico.

3.1.1. Competência nº1: *Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados à mulher/ família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica do HSM.*

Mediante o suporte teórico adquirido no curso, pesquisas bibliográficas, esclarecimento de dúvidas com a Sra. Enf.^a orientadora e equipa multidisciplinar, foi possível a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento desta competência. O leque de experiências foi diversificado. Foram proporcionados cuidados a mulheres com patologia do foro uroginecológico, nomeadamente, infecções, tumores mamários, alterações menstruais, adolescente vítima de violação e ainda mulheres que

recorreram a este serviço por uma causa obstétrica: aborto em evolução, infecções, hemorragias (1º, 2º ou 3º trimestre da gravidez); ameaça de parto pré-termo, manifestada maioritariamente por queixas de contractilidade uterina; ruptura prematura/espontânea da bolsa de águas; trabalho de parto; traumatismos durante a gravidez, tais como quedas e acidentes de viação; para realização de interrupções voluntárias da gravidez. Foi ainda possível a colaboração na realização de curetagens.

A realização da avaliação inicial incluiu a elaboração de uma correcta história clínica (em particular da queixa principal e história da doença actual) e o exame objectivo, de forma a poder ser realizada uma triagem adequada. O sistema informático utilizado neste serviço facilitou este procedimento, uma vez que possibilita a visualização dos episódios anteriores de acesso ao serviço de urgência, o que pode favorecer a continuidade dos cuidados prestados. A educação para a saúde constituiu uma importante ferramenta nas diferentes fases do ciclo da mulher que recorre a este serviço (por exemplo, no caso da grávida, a educação para a saúde sobre sinais de alerta que a devem conduzir à maternidade; no caso da mulher em idade fértil, educação para a saúde no âmbito do planeamento familiar), possibilitando o seu crescimento e favorecendo a sua capacidade de auto-cuidado, à luz da teoria de Swanson.

Relativamente às mulheres em trabalho de parto, este pode ser o seu primeiro contacto com o serviço de urgência e a primeira vez que vão ser internadas. A avaliação do bem-estar materno e fetal é experienciada pelas parturientes com algum receio (“o receio de o bebé poder não estar bem”). O ambiente físico, as expectativas relativamente ao parto podem intensificar a ansiedade e o medo que experienciam, pelo que o estabelecimento de uma relação de ajuda é fundamental. Tornou-se importante conhecer a parturiente e perceber o significado que esta experiência tem para si, assim como tornar-se emocionalmente aberta para a sua realidade. Nem sempre as condições deste serviço são as mais apropriadas: é difícil manter a privacidade nos vários gabinetes, uma vez que facilmente alguém aparece e interrompe e, nem sempre as portas se encontram fechadas, assim como não é permitida a entrada do acompanhante nos gabinetes de triagem e médicos. Por outro lado, face ao diagnóstico inesperado de aborto em evolução, quase sempre acompanhado de dor e sofrimento, torna-se necessário estar presente e compreender a situação do outro, mostrando disponibilidade para o ouvir.

3.1.2. Competência nº2: *Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados à grávida internada para indução de T P.*

A indução de trabalho de parto constitui um momento frequentemente vivenciado pelo casal com algum receio e ansiedade, pelo que o acompanhamento destas clientes me permitiu desenvolver competências relacionais, no âmbito do estar com a parturiente e seu convivente significativo, mostrando disponibilidade contínua. Possibilitou ainda a aquisição e o aprofundar de competências no âmbito da vigilância do bem-estar materno (efeitos adversos dos vários tipos de indução, monitorização da dor e implementação de estratégias para o seu alívio) e fetal (através da interpretação da cardiocografia e das características do líquido amniótico após ruptura de bolsa), a identificação precoce de sinais de início de trabalho de parto e monitorização da sua progressão através da cervicometria e contractilidade uterina avaliada no registo cardiocográfico/ verbalizada pela grávida.

O desenvolvimento desta competência fomentou ainda uma reflexão sobre os riscos das induções por conveniência ou por rotina. O recurso à indução como forma de desencadear o início do trabalho de parto, quase sempre tem como consequências um trabalho de parto mais arrastado e prolongado. De acordo com Lamaze (2009), este procedimento não está isento de riscos e pode ter como consequências: prematuridade, complicações do trabalho de parto, aumento do número de intervenções¹² e da taxa de cesarianas e ainda, desvantagens psicológicas, transmitindo à mãe a mensagem de que o seu corpo não está a funcionar correctamente, uma vez que necessita de ajuda para iniciar o trabalho de parto. Assim sendo, este procedimento apenas deve ser realizado não por conveniência do casal/ médica, mas apenas quando os benefícios para a mãe e para o bebé superam os da continuação da gestação, nomeadamente face à presença das seguintes indicações maternas: gravidez pós-termo; hipertensão, incluindo pré-eclâmpsia, diabetes, problemas médicos, nomeadamente doença renal, respiratória ou cardíaca; descolamento de placenta e ruptura prematura de membranas e das seguintes indicações fetais: suspeita de sofrimento fetal; gravidez múltipla; morte intra-uterina e algumas apresentações pélvicas (Fraser; Cooper, 2010).

¹² Por exemplo, de acordo com o mesmo documento, as contracções induzidas artificialmente atingem o seu pico mais rapidamente e permanecem intensas por períodos mais longos, aumentando a necessidade de analgesia materna durante o trabalho de parto.

3.1.3. Competência nº3: *Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados à mulher inserida na família e comunidade durante os 4 estádios do TP, promovendo o bem-estar materno/ fetal e a adaptação do RN à vida extra-uterina.*

O acompanhamento da mulher em trabalho de parto e seu convivente significativo, constituiu um desafio e uma experiência muito gratificante, que proporcionou aprendizagens diversificadas.

Relativamente aos cuidados proporcionados à mulher no primeiro estágio do trabalho de parto, que tem início com o aparecimento das contracções uterinas regulares e finaliza com o apagamento e dilatação total do colo (Lowdermilk, Perry; 2008), foram desenvolvidas competências no âmbito da vigilância e promoção do seu bem-estar. Assumindo uma relação de compromisso e responsabilidade com cada parturiente, houve uma preocupação em perceber o significado deste acontecimento na sua vida e possibilitar a sua participação activa, facultando-lhe informações pertinentes e ajudando-a a focalizar as suas preocupações e sentimentos. Procurou-se conhecer a sua história anterior relevante, nomeadamente antecedentes obstétricos, ginecológicos e outros antecedentes pessoais relevantes, história da gravidez actual e plano de parto. Procedeu-se à vigilância dos sinais vitais, colheitas de sangue, vigilância urinária¹³, preparação intestinal¹⁴, nutrição (ingestão de pequenas quantidades de água ou chá açucarado), promoção da sua higiene e conforto e monitorização da dor, com consequente implementação de medidas não farmacológicas para o seu controlo (nomeadamente, respiração, relaxamento e massagem) e farmacológicas (colaboração na técnica de analgesia regional e administração de analgésicos sistémicos).

Relativamente ao bem-estar fetal, foi avaliado mediante a obtenção de informações sobre características do líquido amniótico e frequência e padrões cardíacos fetais (interpretação dos dados obtidos através da CTG).

A análise da progressão do trabalho de parto foi efectuada através da avaliação da cervicometria, do registo obtido através da CTG (nomeadamente a contractilidade

¹³ Tal como Fraser e Cooper (2010) referem, a bexiga cheia pode impedir a progressão fetal durante o trabalho de parto e aumentar o risco de hemorragia pós-parto, pelo que pode ser necessário proceder a cateterização vesical.

¹⁴ Ao contrário do que é preconizado pela OMS (1996) relativamente às recomendações para o parto normal, a utilização de um laxante, a punção e infusão intravenosas rotineiras, considerados condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e eliminar, constituem procedimentos de rotina neste serviço, para todas as parturientes (no caso do laxante, a única excepção são as parturientes com REBA).

uterina) e da interpretação do partograma¹⁵. A realização da cervicometria foi o procedimento que mais dúvidas suscitou inicialmente, pela dificuldade em perceber a variedade num feto de apresentação cefálica e o plano da apresentação, situação que foi sendo colmatada mediante pesquisa bibliográfica e apoio da Sra. Enf.^a orientadora. Houve preocupação em limitar o número de toques vaginais ao estritamente necessário, uma vez que esta técnica invade a privacidade e intimidade da mulher, o que pode intensificar a sua ansiedade. De forma a promover uma evolução mais rápida desta fase e uma vez que neste serviço não é permitida a deambulação¹⁶, em algumas situações foi necessário recorrer à amniotomia, o que permitiu o desenvolvimento desta técnica pela aluna EESMO. Foi ainda possível a realização de monitorizações fetais internas e desenvolvimento de competências no âmbito da análise e interpretação de traçados de CTG.

No segundo estágio de trabalho de parto, que tem início com a dilatação completa e culmina com o nascimento do bebé (Lowdermilk; Perry, 2008), a parturiente pode já sentir-se muito cansada, mas o desejo de conhecer o seu bebé e a vontade de fazer esforços expulsivos fazem com que colabore activamente. Torna-se importante (dentro das limitações do serviço), promover um ambiente tranquilo¹⁷ quer para a mãe, quer para o bebé, que, de um momento para o outro deixa de estar num espaço calmo e acolhedor, para passar por um conjunto de sensações desconhecidas e desconfortáveis, até chegar ao ambiente extra-uterino, frio e desprotegido. Pelos efeitos negativos que pode ter no bem-estar fetal, a OMS (WHO, 1996) considera que a mulher não deve ser incentivada a iniciar esforços expulsivos (durante a contracção uterina) antes que sinta necessidade. No entanto, este é um procedimento que frequentemente foi utilizado (desde que a Sra. apresentasse dilatação completa e a apresentação estivesse descida), uma vez que, para além de ser uma prática recorrente dos profissionais para supostamente abreviar o período expulsivo, nem sempre as mulheres têm percepção das contracções e deste impulso, devido ao seu grau de analgesia. Relativamente à posição utilizada durante o período expulsivo, apenas foi possível, de acordo com as normas do serviço, a de litotomia (mais cómoda para o profissional), que de acordo com FAME, APEO (2009), deve ser evitada, por

¹⁵ Nota: os registos no partograma são realizados neste serviço pelos enfermeiros.

¹⁶ Alterações de posição e deambulação favorecem a progressão do trabalho de parto neste estágio e minimizam a dor, reduzindo a necessidade de analgesia epidural (FAME; APEO, 2009). De acordo com as recomendações da OMS (WHO, 1996), são condutas claramente úteis que deviam ser encorajadas.

¹⁷ Se possível, com uma temperatura ambiente e luminosidades adequadas e ruído mínimo.

promover uma maior percentagem de episiotomias, menor liberdade de movimentos e obstrução do estreito inferior, devendo a mulher adoptar a posição mais cómoda para si. Durante o período expulsivo foi utilizada uma conduta de protecção activa do períneo, uma vez que a conduta expectante não é preconizada neste serviço. A técnica de episiotomia foi realizada de uma forma selectiva, tendo sido o parto, em algumas Sras., com períneo íntegro. Numa fase muito inicial do Ensino Clínico foi difícil avaliar a necessidade de realização ou não desta técnica, recorrendo à opinião da Sra. Enf.^a orientadora, mas com o passar do tempo foi possível a aluna EESMO realizar correctamente esta avaliação.

Foram ainda desenvolvidas competências no âmbito da avaliação física e implementação de condições facilitadoras de adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. De salientar que para prestar cuidados imediatos ao recém-nascido, é necessário, neste serviço, separá-lo temporariamente dos pais, pelo que, sempre que possível¹⁸ e se a mãe o desejasse, procurou-se promover a vinculação através do contacto precoce pele-com-pele e do início do aleitamento materno (não foi fácil, uma vez que este procedimento não constitui uma prática recorrente no serviço, sendo realizado apenas por um número reduzido de profissionais).

Relativamente ao terceiro estágio, foi possível desenvolver competências no âmbito da dequitação, no exame da placenta e suas membranas e na realização de episiorrafias/ correcção de lacerações grau I e II. O aspecto que se considerou mais difícil neste estágio foi a correcção de lacerações grau II, mas que foi sendo colmatado com o decorrer do Ensino Clínico.

No que se refere ao quarto estágio, para além da vigilância física da puérpera, da sua adaptação psicológica, foi realizada uma vigilância física do recém-nascido, promovido o alojamento conjunto e a manutenção do aleitamento materno, fomentando a participação activa do pai em todo este processo, de forma a promover a vinculação entre a tríade.

Foi proporcionado apoio nos partos distócicos.

Face à diversidade cultural e étnica das clientes que recorrem ao serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Santa Maria (asiáticas, dos países de leste, brasileiras, indianas, africanas, ...), com diferentes valores, crenças, rituais e costumes, foi possível o desenvolvimento de algumas competências culturais, de forma a

¹⁸ Nas situações em que o recém-nascido se adaptou à vida extra-uterina adequadamente.

promover uma relação de ajuda eficaz e, conseqüentemente, promover o bem-estar da grávida/ parturiente/ recém-nascido e seu convivente significativo.

3.1.4. Competência nº4: *Observa e participa na prestação de cuidados ao RN internado na Unidade de Neonatologia.*

A necessidade de internamento de um recém-nascido numa unidade de neonatologia é acompanhada por sentimentos de tristeza, medo, perda, angústia e por vezes de culpa por parte dos pais. De acordo com Winnicott, “um bebé não pode existir sozinho, ele é uma parte essencial de uma relação” (Brazelton; Cramer, 2004, p.101). Também os pais dos bebés internados nesta unidade necessitam de ser cuidados. A passagem da aluna EESMO pela Unidade de Neonatologia possibilitou-lhe aprofundar e consolidar alguns conhecimentos sobre os cuidados de Enfermagem que aqui são proporcionados, o que constitui uma mais-valia para futuramente identificar, planejar, executar e avaliar necessidades específicas do recém-nascido com patologia e dos seus pais e família.

3.1.5. Competência nº5: *Aprofunda conhecimentos no âmbito dos principais factores de sucesso e insucesso do Aleitamento Materno e implementa actividades no âmbito da candidatura do HSM a Hospital Amigo dos Bebés.*

Para a aquisição e desenvolvimento desta competência, foram implementadas diversas actividades, nomeadamente:

- A nível da Sala de Partos: promoção do contacto pele com pele demorado, para que o recém-nascido iniciasse o aleitamento materno, assim que demonstrasse disponibilidade para tal (evidenciasse sinais de se pretender alimentar). Esta actividade nem sempre foi fácil de conseguir, uma vez que não constitui uma prática deste serviço, pelo que na sua impossibilidade, procurou-se promover o alojamento conjunto o mais precocemente possível, para que o bebé pudesse iniciar o aleitamento materno na primeira hora de vida;
- A nível do puerpério: foram proporcionados cuidados de Enfermagem que visam a promoção e o apoio à prática do aleitamento materno. Foi realizada uma sessão de educação para a saúde às puérperas e seus acompanhantes no âmbito desta temática (Apêndice E) e distribuído no final da sessão um folheto sobre “Aleitamento Materno:

como ultrapassar pequenas dificuldades?” (Apêndice F), elaborado pela estudante e o folheto da DGS sobre “Extracção e conservação do leite materno” (Anexo B);

- A nível do EC na Unidade de Cuidados Especiais de RN's : foi realizada uma observação atenta com o objectivo principal de, face à impossibilidade do alojamento conjunto mãe-bebé 24h/dia, perceber que estratégias são implementadas para iniciar e manter o aleitamento materno. Toda a equipa de Enfermagem está bastante sensibilizada para a promoção desta prática. Sempre que a condição clínica do recém-nascido permita, a partir das 30 semanas é promovido o contacto pele com pele na mama da mãe, mesmo quando o recém-nascido ainda não está com alimentação entérica e, a partir das 32/34 semanas¹⁹, iniciam-se as tentativas de adaptá-lo à mama. A mãe é incentivada a extrair leite materno e trazer para o seu recém-nascido. São utilizadas 2 escalas de avaliação da alimentação: a *Neonatal Oral Motor Assessment Scale* (NOMAS) e a escala de avaliação da prontidão do recém-nascido pré-termo para a alimentação oral.

- Enquanto elemento de apoio a esta candidatura, foi realizada uma participação activa nas reuniões efectuadas e actividades a desenvolver, nomeadamente a nível da parte prática do curso sobre “Aleitamento Materno: Projecto Hospital Amigo do Bebê”, através da realização de um “*role play*” para posterior discussão no grupo de formandos e, inserido no mesmo curso, demonstração prática de situações de aleitamento materno no serviço de puerpério. Foi ainda frequentado o curso anteriormente referido, que decorreu nos dias 4,5 e 6 de Abril, com a duração de 21h;

- Para aprofundar conhecimentos na área das dificuldades das mães que amamentam pela primeira vez durante o primeiro mês pós-parto e das intervenções de Enfermagem que consideram facilitadoras da prática de Aleitamento Materno, procedeu-se à realização de uma revisão sistemática da literatura e de um estudo exploratório-descritivo, tal como foi referido no capítulo anterior.

Por último, importa salientar que embora não se tenha colocado nenhuma questão ética em particular no decorrer do Ensino Clínico e à luz do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral, Gonçalves, 2005), foram princípios orientadores da estudante no decorrer da prestação de cuidados: a responsabilidade inerente ao papel assumido; o respeito pelos direitos humanos; a procura da excelência do exercício; o princípio da beneficência e da não maleficência; o princípio do respeito pela autonomia

¹⁹ É nesta altura que tem início no recém-nascido a coordenação da sucção/deglutição/respiração, estando completamente harmónica a partir das 37 semanas.

da cliente, ser livre, capaz de devidamente informada decidir por si mesma; o princípio da justiça e da veracidade.

3.2. Apresentação, análise e discussão das Notas de Campo

Neste subcapítulo proceder-se-á à apresentação, análise e discussão do estudo empírico realizado.

As visitas domiciliares realizadas até ao primeiro mês de vida do recém-nascido constituíram um importante recurso não só no âmbito da avaliação da situação de aleitamento materno após a alta hospitalar, mas também da detecção e esclarecimento de necessidades relacionadas com o desempenho da função parental.

Relativamente à caracterização das 5 participantes, todas portuguesas, têm idades compreendidas entre os 28 e os 38 anos (idade média: 31,4); 1 com o 12ºano de escolaridade, 3 com o grau de licenciatura e 1 com o grau de mestre. Apenas 1 se encontra desempregada. Residem em áreas urbanas, em união de facto (4) ou casadas (1), sendo que o seu agregado familiar é constituído apenas pela família nuclear (pai, mãe e bebé).

Nos 5 casos, a gravidez foi planeada, desejada pelo casal e vigiada (Centro de Saúde e Médico Particular). Três tiveram intercorrências na gravidez: 1 Sra. com hemorragia no 1ºtrimestre, 2 fetos com diagnóstico pré-natal de fibrose quística e linfangioma cervical respectivamente. Apenas 1 casal não frequentou o curso de Preparação para a Parentalidade. Todas as gestações foram de termo. Relativamente ao tipo de parto, verificaram-se 2 cesarianas, 1 parto eutócico, 1 ventosa e 1 fórceps. Na data da visita domiciliar, os 5 lactentes faziam aleitamento materno exclusivo.

Dado o limite de páginas permitidas para este Relatório de Estágio, e na tentativa de cumpri-lo, e apesar de terem surgido outros temas no decorrer da análise das notas de campo, apenas se fará referência aos temas associados ao Aleitamento Materno. De forma a garantir o anonimato dos participantes, as notas de campo foram codificadas com letras (por exemplo: NC1 – nota de campo 1).

O quadro seguinte constitui um resumo dos principais temas obtidos, suas categorias e subcategorias:

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1º mês pós-parto

Quadro nº1: Principais temas resultantes da análise das notas de campo.

Tema	Categoria	Subcategoria
Decisão de amamentar	Benefícios do A.M.	
	Apoio e suporte familiar	Pai do lactente Influência da Avó materna Outras fontes de suporte familiar
	Influência do grupo de pares	
	Papel dos Profissionais de Saúde (Educação para a Saúde durante o período Pré-natal, no âmbito do A.M).	Profissionais de saúde durante as consultas de vigilância pré-natal Cursos de preparação para a parentalidade
Experiência do A.M. na maternidade	Dificuldades sentidas	Relacionadas com a puérpera Relacionadas com o recém-nascido
	Sentimentos relativos ao A.M.	
	Papel dos profissionais de saúde	Início do A.M. na 1ª hora de vida Praticar o A.M. exclusivo Alojamento conjunto A.M. em horário livre Não oferecer bicos artificiais ou chupetas Apoio prático
Experiência do A.M. após a alta hospitalar	Dificuldades sentidas	Relacionadas com a puérpera Relacionadas com o recém-nascido
	Sentimentos relativos ao A.M.	
	Papel dos profissionais de saúde	Apoio
	Apoio do grupo de pares/ pessoas significativas	Grupo de pares Pai do bebé Avó do recém-nascido
	Outras fontes de informação úteis	Internet Livros
Experiência da Parentalidade	Desejo de ser mãe	
	Experiência do Parto	
	Cuidados ao recém-nascido	Choro Cuidados de higiene
Outras preocupações maternas	Auto-cuidado	Episiorrafia Cuidados de higiene perineal
Visitação domiciliária	Importância atribuída à visita domiciliária	Papel da aluna EESMO

Relativamente ao tema: **“Decisão de Amamentar”**, 4 puérperas decidiram amamentar por iniciativa própria e 1 delas por decisão conjunta com o pai do bebé. Tal como Pereira (2006) destaca, a decisão de amamentar constitui o primeiro pré-requisito para o sucesso do aleitamento e, tem como base dois princípios: os conhecimentos que possui sobre as vantagens do aleitamento, importância desta prática e desvantagens dos leites artificiais e a cultura em que a mulher se insere. Levy e Bértolo (2009) classificam a decisão de amamentar como o primeiro ponto de viragem em Aleitamento Materno.

No que diz respeito à categoria “Benefícios do Aleitamento Materno”, uma mãe verbaliza: “ (...) *mais fácil, sempre pronto, menos cólicas no meu bebé, reforço das defesas imunitárias, relação mais próxima mãe-bebé (...)*” (sic) (NC3).

Relativamente às restantes categorias do tema **“Decisão de Amamentar”**, tal como Marques [et al] (2010) conclui, a família, o grupo de pares e os profissionais de saúde,

constituem uma rede social, que numa fase de maior vulnerabilidade da mulher a múltiplas influências (pela experiência da maternidade e da lactação), exercem uma forte interferência. Destaca ainda que o apoio e aprovação do pai constituem uma força positiva nesta decisão, facto que se comprovou nos 5 casos. As avós, em especial maternas, figuras femininas de referência com experiência de maternidade e lactação também constituem uma forte influência, tal como se pode verificar pela verbalização na NC1: *“o apoio da minha mãe e das minhas 3 irmãs com experiência com bebés (os meus sobrinhos), tem sido uma ajuda importante no que diz respeito aos cuidados ao meu bebé e uma influência positiva na minha decisão de amamentar, pois para além de ter sido amamentada, sempre vi as minhas irmãs amamentarem os seus filhos”* (sic). Cresceu num meio que muitos autores consideram de aleitante, factor que segundo Levy e Bértolo (2008), lhe permite receber um conjunto de conhecimentos e informações práticas favoráveis para experiências positivas de aleitamento materno.

Uma das avós maternas, que não amamentou a filha exerceu alguma pressão negativa: *“(...) a minha mãe diz-me muitas vezes que vou ter pouca sorte e insiste em dar suplemento à bebé”* (sic) (NC5). O facto de não ser uma prática familiar diminuiu a sua confiança na sua competência para amamentar: *“embora tivesse a sensação que não iria conseguir, uma vez que quer a minha mãe quer a minha irmã, amamentaram muito pouco tempo, tinham leite fraco”* (sic) (NC5).

A frequência do curso de preparação para a parentalidade parece exercer uma influência positiva nesta decisão, assim como a existência de consultas de enfermagem pré-natais neste âmbito, uma vez que, por exemplo, no caso da mãe na NC5, apesar das influências negativas familiares, *“o que aprendi motivou-me a não desistir”* (sic). Apenas uma puérpera faz referência à educação para a saúde no âmbito do aleitamento materno a nível das consultas de vigilância pré-natal. Segundo Levy e Bértolo (2008), é durante o período pré-natal que devem ser veiculados conhecimentos sobre o aleitamento materno (incluindo as vantagens desta prática), validados conhecimentos, atitudes e mitos dos futuros pais e a mãe sensibilizada para o prazer que esta prática pode constituir se bem esclarecida.

Relativamente ao tema: **“Experiência do Aleitamento Materno na Maternidade”**, categoria “Principais dificuldades sentidas”, as mães referiram: dificuldade de acordar o bebé para mamar e adaptá-lo à mama; receio da qualidade/ quantidade de leite produzido não ser adequada; mamilos dolorosos; dificuldades no posicionamento; dificuldade de distinguir sucção nutritiva de não nutritiva e perceber qual o intervalo e

duração das mamadas; dor e cansaço no pós-parto. Exemplificando, uma mãe na NC4 enumerou: *“dificuldade no posicionamento para amamentar, uma vez que fiz uma cesariana e como tal, para além de ter dores, o facto de ter soro, estar algaliada e ter o cateter epidural, não ajudou; perceber qual a duração e o intervalo entre as mamadas; perceber as diferentes técnicas de adaptação à mama e a dificuldade em acordá-lo para mamar, sentia pena”* (sic).

No que diz respeito à categoria: “Sentimentos na maternidade” face a esta nova experiência, da análise das notas de campo emergiram sentimentos de insegurança, manifestada pelo *“receio de não ter leite suficiente e da quantidade de leite que o bebé estava a ingerir não ser suficiente”* (sic) (NC4).

Relativamente à categoria “Papel dos profissionais de saúde”, e tendo como base os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, anteriormente explicitados, verificou-se que dos 5 lactentes, apenas 1 foi colocado à mama após a 1ª hora de vida e apenas 1 deles não fez leite materno exclusivo, por dificuldades na adaptação à mama; todos permaneceram em alojamento conjunto com as suas mães; nenhum deles saiu da maternidade com chupeta e apenas um teve alta a mamar com auxílio de mamilo de silicone.

No que diz respeito ao apoio proporcionado pelos profissionais de saúde, algumas puérperas valorizaram o suporte prático e emocional, tal como se pode comprovar pelas afirmações da mãe na NC1: *“(…) foi-me útil sobretudo aquelas informações com uma aplicação muito prática, tipo solução para os meus problemas/ dificuldades (...) também no reforço positivo, relativamente aos cuidados que prestei ao meu bebé/ aleitamento materno”* (sic). A pressão para amamentar e a inadequada preparação para uma situação de ingurgitamento mamário foram identificados pela puérpera na NC3: *“(…) toda esta pressão para amamentar, aliada ao facto de me sentir cansada e de estar a conhecer a minha bebé não proporcionaram um ambiente calmo e tranquilo, fundamental para conseguir amamentar com sucesso (...) não fui alertada a nível hospitalar da subida de leite e possíveis estratégias para lidar com a mesma, que acabou por acontecer em casa (...)”* (sic). Durante o período de permanência na maternidade, os profissionais de saúde desempenham um importante papel no apoio ao estabelecimento da lactação, segundo ponto de viragem para o sucesso do aleitamento materno, segundo Levy e Bértolo (2008), pelo que se torna imprescindível o cumprimento dos 10 passos para o seu sucesso e o estabelecimento de uma relação de contínuo apoio e disponibilidade, capacitando e aumentando a confiança das mães

para esta prática, quer através da disponibilização de informações úteis e do reforço positivo, quer no apoio para ultrapassar pequenas dificuldades/ problemas.

Relativamente ao tema: “**Experiência do Aleitamento Materno após a alta hospitalar**”, as autoras Levy e Bértolo (2008) destacam que o suporte da amamentação após a alta da maternidade constitui o terceiro ponto de viragem para o sucesso do aleitamento materno. Os primeiros 15 dias são fundamentais para o estabelecimento da lactação e, de acordo com as autoras, a mãe deve ter ajuda nas tarefas domésticas de forma a poder dedicar-se plenamente ao seu bebé e ter ao seu dispor profissionais de saúde disponíveis e competentes (no Centro de Saúde, através de linha telefónica, ou da visitação domiciliária). Nesta fase, as mães enumeraram como principais dificuldades: “*receio do leite ser fraco ou insuficiente*”; mamilos dolorosos; dificuldade de adaptar o recém-nascido à mama durante a fase de transição do colostro para o leite; perceber as diferenças entre sucção nutritiva e não nutritiva; compreender qual o intervalo e duração das mamadas ideal; choro do bebé; perda ponderal significativa do recém-nascido e a pressão dos familiares para introduzir substitutos do leite materno, tal como se pode comprovar pela afirmação: “*o choro da bebé, que toda a gente associa a fome e que faz com que os meus familiares, em especial a minha mãe me pressionem a dar biberão; os mamilos dolorosos; a dificuldade em pô-la à mama e a perda de peso da minha bebé, com recuperação lenta*” (sic) (NC5). Estas dificuldades vão ao encontro das abordadas por Pereira (2006).

Os sentimentos expressos foram diversificados: insegurança inicial e ansiedade, face ao sentimento subjectivo do leite materno não ser suficiente; segurança e tranquilidade associadas a uma valorização da quantidade e/ou qualidade do seu leite face ao aumento ponderal dos recém-nascidos.

Relativamente às restantes categorias associadas a este tema, verificou-se que o grupo de pares foi uma importante fonte de apoio para uma puérpera, tendo-se constatado a partilha de experiências com um casal amigo durante a visitação domiciliária (NC2). A avó, em especial a materna, constitui uma importante fonte de auxílio após a alta hospitalar, tal como se pode verificar por NC1: “*umenta a minha confiança, ajuda-me muito*”. No entanto, nem sempre as informações transmitidas por estas fontes são válidas, persistindo ainda alguns mitos que continuam a ser propagados, nomeadamente o mito da necessidade dos recém-nascidos ingerirem água (NC1) e do leite ser fraco (NC5).

O recurso aos profissionais de saúde constituiu uma estratégia importante face às dificuldades no regresso a casa, verbalizada por 3 lactantes (do Centro de Saúde e dos Cursos de Preparação para a Parentalidade, um deles com 1 linha de apoio SOS telefónica). Alguns casais procuram ainda outras fontes de informação tais como a internet (NC3) e livros “*Temos um livro muito bom (“Bebé: livro de instruções”), que nos esclarece muitas dúvidas, está sempre por perto.*” (sic) (NC4). O apoio do pai do bebé é também valorizado. De acordo com Tohotoa [et al] (2009), este apoio prático e emocional paterno constitui um ingrediente essencial para garantir o sucesso do aleitamento materno, uma vez que permite aumentar a sua confiança e manter uma adequada produção de leite. Apesar de a função de amamentar ser uma actividade exclusivamente materna, o envolvimento do pai constitui uma oportunidade única, para que o compromisso seja mantido, pelo que a intervenção dos profissionais de saúde deve ser dirigida à capacitação do casal.

3.3. Análise dos resultados da aplicação do protocolo da UNICEF para avaliação da mamada

Para observar correctamente a mamada e identificar possíveis dificuldades no aleitamento materno, durante a visita domiciliar, foi aplicado o protocolo da UNICEF para avaliação da mamada, seguidamente apresentado. Tal como Carvalhaes e Côrrea (2003) referem, a observação da mamada constitui uma das acções recomendadas no apoio ao aleitamento materno e a utilização deste protocolo permite guiar esta actividade, uma vez que permite identificar comportamentos maternos e do recém-nascido desejáveis e outros indicativos de problemas.

Apenas foi possível a aplicação deste formulário a 4 díades, uma vez que uma das mães já tinha amamentado o seu bebé na altura da visita domiciliar. Mediante a aplicação deste protocolo, verificou-se que apenas duas díades apresentaram itens sugestivos de possíveis dificuldades e foram estes recém-nascidos (com 18 e 25 dias na data da visita domiciliar) que apresentaram uma perda ponderal superior a 7% na 1ª semana de vida e que na altura da visita domiciliar ainda não tinham recuperado o seu peso de nascença. Ambos os RN's apresentaram um peso adequado para a idade gestacional à nascença. As principais dificuldades encontradas situaram-se nos parâmetros da postura corporal, respostas e sucção.

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1º mês pós-parto

Os principais resultados obtidos são apresentados no seguinte quadro, ao lado de cada item (número de mães que tiveram pontuação nesse item):

Quadro nº2: Protocolo da UNICEF para avaliação da mamada (principais resultados obtidos).

Amamentação vai bem		Possíveis dificuldades	
Postura corporal			
4	Mãe relaxada e confortável	Ombros tensos deitada sobre o bebé	-
4	Bebé próximo de frente para a mama	Bebé longe da mãe	-
2	Cabeça e corpo do bebé alinhados	Pescoço do bebé "torcido" em relação ao corpo	2
3	O queixo do bebé toca a mama	O queixo do bebé não toca na mama	1
4	(Nádegas do bebé apoiadas)	(só ombros e cabeça do bebé apoiadas)	4
4	A mãe segura a mama em forma de "C"	Mãe segura a mama em forma de tesoura	4
Respostas			
4	O bebé procura a mama quando sente fome	Nenhuma resposta à mama	-
4	(o bebé roda e busca a mama)	(não busca a mama)	-
4	O bebé explora a mama com a língua	Bebé não interessado na mama	-
3	Bebé calmo e alerta na mama	Bebé inquieto ou a chorar	1
2	Bebé mantém a pega	Bebé escorrega da mama	2
4	Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas)	Não há sinais de saída de leite	-
Vínculo emocional			
4	Carrega de forma segura e confiante	Nervosa ou carrega vacilante	-
4	Atenção da mãe face a face	Contacto olho no olho ausente	-
4	Muito toque materno	Pouco toque	-
		Sacudir várias vezes o bebé	-
Anatomia			
4	Mamas macias após a mamada	Mamas ingurgitadas e duras	-
4	Mamilos exteriorizados, protáceis	Mamilos achatados ou invertidos	-
4	Pele aparentemente saudável	Fissuras ou vermelhidão da pele	-
4	Mamas parecem redondas	Mamas parecem estiradas ou caídas	-
Sucção			
4	Boca bem aberta	Boca pouco aberta aponta para a frente	-
3	Lábio inferior virado para fora	Lábio inferior virado para dentro	1
4	Língua acoplada à volta da mama	Língua do bebé não visível	-
4	Bochechas arredondadas	Bochechas tensas ou para dentro	-
3	Mais aréola por cima da boca do bebé	Mais aréola abaixo da boca do bebé	1
2	Sugadas lentas e profundas, episódios e pausas	Apenas sucções rápidas	2
3	Pode ouvir-se a deglutição	Ouvem-se ruídos altos, mas não a deglutição	1
Tempo gasto na sucção			
3	O bebé solta a mama Os bebés sugaram por 25 minutos (tempo médio dos 4)	A mãe retira o bebé da mama	1

Fonte: Adaptado de Pereira, Maria Adriana (2006).

O RN que evidenciou maior número de dificuldades nasceu por cesariana e fez aleitamento misto durante o internamento na maternidade (com tetina). Tal como Carvalhaes e Côrrea (2003) justificam, a suplementação está associada a uma maior frequência de dificuldades no parâmetro da sucção, devido à confusão tetina/ mamilo. Ainda de acordo com os mesmos autores, o parto por cesariana está relacionado com um maior número de dificuldades, quer pela utilização de anestésicos, quer pela dor (à qual se associam dificuldades no posicionamento) e maior sonolência da díade que afectam negativamente a sua interacção, estando ainda associados à utilização inicial de substitutos do leite materno. Relativamente ao outro RN, apesar de ter feito sempre aleitamento materno exclusivo e o parto ter sido eutócico, evidenciou dificuldades no

parâmetro da sucção. Constatou-se que este RN apenas foi colocado à mama 2 horas após o parto, factor que de acordo com Moore (2007) e Matias [et al] (2010) está associado a uma interferência negativa na capacidade da díade iniciar o aleitamento materno e a maiores dificuldades de adaptação à mama.

Apesar destes dados, ambas as mães manifestaram desejo de manter o seu projecto e um aumento crescente na sua confiança em amamentar, sentindo que gradualmente estão a conseguir ultrapassar as suas dificuldades.

Por último, importa salientar o impacto das dificuldades relacionadas com a postura corporal nestes RN's. Carvalhaes e Côrrea (2003) destacam como consequências a associação de outras dificuldades, nomeadamente, dificuldades na pega, dor e traumatismos mamilares, mamadas pouco eficientes e não esvaziamento completo da mama, com conseqüente interferência negativa na produção de leite e crescimento do RN.

3.4. Revisão Sistemática da Literatura

3.4.1. Quadros síntese dos estudos seleccionados

Nas páginas seguintes são apresentados os quadros síntese dos estudos seleccionados para elaboração da revisão sistemática da literatura.

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1ºmês pós-parto

Quadro nº3: Quadro síntese dos estudos seleccionados.

Título do Artigo	Autores	Referência Ano/ País	Objectivos	Participantes/ Contexto	Tipo de estudo/ Método Análise	Principais conclusões
1. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study	AWANO, Masayo; SHIMADA, Keiko.	International Breastfeeding Journal , vol.5, nº1. 2010. United Kingdom	Desenvolver um “ <i>Breastfeeding self-care program</i> ”, que tem como principal objectivo aumentar a confiança materna para o aleitamento materno e avaliar a sua eficácia.	117 mulheres primíparas recrutadas em 2 maternidades distintas.	Aplicação da “ <i>Breastfeeding Self Efficacy Scale</i> ” antes da intervenção e um mês após o parto no grupo de intervenção. Estudo comparativo, quasi-experimental, longitudinal.	Mediante a aplicação da “ <i>Breastfeeding Self Efficacy Scale</i> ”, verificou-se que no grupo de intervenção, a sua pontuação aumentou de 34,8% no pós-parto imediato para 49,9% ao 1ºmês de vida do RN, comparativamente com o grupo de controlo em que a pontuação subiu de 39,5% para 46,5% (grupo de controlo só recebeu cuidados padrão). A taxa de amamentação no 1ºmês de pós-parto diminuiu para 65% no grupo de controlo (inicialmente de 89%) e manteve-se nos 90% no grupo de intervenção, o que permite concluir que a implementação deste programa permitiu aumentar a auto-eficácia para a amamentação e teve um efeito positivo sobre a continuação do A.M.
2. Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives	BACKSTRÖM, Caroline; WAHN, Elizabeth; EKSTRÖM, Anette	International Breastfeeding Journal , vol.5, issue 20. (Novembro de 2010). United Kingdom	Investigar as experiências das mulheres que amamentam pela 1ª vez e das parteiras na prática de A.M.	Parteiras e mulheres primíparas	Estudo qualitativo. Análise de conteúdo.	O apoio ao A.M. individualizado aumenta a confiança e satisfação maternas. Para se sentirem mais confiantes no seu novo papel, as mulheres desejam ser ouvidas, apoiadas e acompanhadas. As parteiras descrevem como avaliar e acompanhar as suas necessidades.
3. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial	DENNIS, Cindy [<i>et al</i>]	Canadian Medical Association Journal , vol. 166, nº1, p. 21-28. 2002/ Canada	Determinar o impacto do apoio do grupo de pares (mães com experiência em amamentação), na manutenção do A.M.	256 mães que amamentam pela primeira vez, de 2 áreas semi-urbanas de Toronto	Estudo qualitativo. Entrevistas/ análise qualitativa	O grupo de mulheres que recebeu apoio de mulheres com experiência em amamentação após o parto, para além do apoio facultado pelos profissionais de saúde apresentou uma taxa de prevalência mais elevada de A.M.aos 3meses e uma maior satisfação com a experiência de amamentação.

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1ºmês pós-parto

Quadro nº4: Quadro síntese dos estudos seleccionados.

Título do Artigo	Autores	Referência Ano/ País	Objectivos	Participantes/ Contexto	Tipo de estudo/ Método Análise	Principais conclusões
4. Vivências dos casais com o aleitamento materno do primeiro filho	DUARTE, Graciana Alves	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (tese de Doutoramento) 2005. Brasil	Conhecer as vivências dos casais com o A.M. do 1º filho, as suas perspectivas sobre a maternidade e paternidade e interpretar as relações de género.	10 casais pais pela primeira vez.	Estudo qualitativo. Análise de entrevistas.	Os primeiros dias após o parto constituem a altura em que os casais estão mais receptivos a informações e orientações sobre A.M. Embora o pai não possa amamentar, ele desempenha um importante papel ao influenciar positiva ou negativamente, pelo que deve ser incluído em todo este processo.
5. Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes.	GALVÃO, Dulce	Lusociência. 2006. Portugal.	Caracterizar a amamentação bem sucedida e interpretar a influência de factores sociais, físicos e psicológicos da mãe e do bebé e as implicações da prática de Enfermagem no seu sucesso.	607 pares mães/ bebés	Estudo descritivo, correlacional. Análise estatística.	A decisão de amamentar tem como influências positivas: a condição laboral, ter condições no trabalho para ter o bebé, ter sido amamentada, ver frequentemente outras mulheres a amamentar, auto-estima materna e os recursos familiares. A incidência de problemas está dependente dos seguintes factores: auto-estima materna, paridade, altura em que a mãe decidiu amamentar o seu bebé e em que deu de mamar pela 1ªvez, o comportamento alimentar do recém-nascido às 48h de vida, o tipo de leite e o local onde o bebé mamou na maternidade, tipo de parto, a utilização ou não de chupeta, horário livre, o facto de o bebé mamar das 2 mamas.

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1ºmês pós-parto

Quadro nº5: Quadro síntese dos estudos seleccionados.

Título do Artigo	Autores	Referência Ano/ País	Objectivos	Participantes/ Contexto	Tipo de estudo/ Método Análise	Principais conclusões
6. The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study	LAMONTAGNE, Caroline; HAMELIN, Anne; PIERRE, Monik	International Breastfeeding Journal , vol.3, nº17. (Agosto de 2008). United Kingdom	Descrever a experiência de amamentação das mulheres que amamentam pela 1ª vez e os factores com impacto positivo sobre esta experiência, nomeadamente o recurso a clínicas de apoio a esta prática	86 mulheres primíparas e RN's, do Quebec e de Trois-Rivières. As primeiras utilizaram serviços da clínica de A.M., as restantes apenas tiveram acesso a serviços de amamentação padrão.	Estudo descritivo. Informações recolhidas questionários realizados por telefone (análise estatística de resultados) e entrevistas semi-estruturadas (análise de conteúdo)	Mamilos e mamas dolorosas, quantidade de leite insuficiente, aumento ponderal inadequado e ausência de movimentos intestinais do RN, assim como recusa da mama constituem as principais dificuldades enumeradas por estas mulheres e que, podem também ser a causa do desmame precoce. As clínicas de amamentação desempenham um importante papel no apoio a estas mulheres com grandes dificuldades.
7. Risk factors for early lactation problems among Peruvian primiparous mothers.	MATIAS, Susana [et al]	Maternal & Child Nutrition , vol.6, nº2, p.120-133. Abril 2010/ USA	Determinar a incidência e os factores de risco para o desenvolvimento de dificuldades iniciais no A.M., em mães primíparas e RN saudáveis.	237 díades do Hospital em Canto Grande, Perú (Hospital Amigo dos bebés)	Estudo Quantitativo. Análise de entrevistas e da aplicação de uma escala avaliação do comportamento alimentar do RN.	RN's do sexo masculino, com baixo índice de Apgar, que foram amamentados menos frequentemente, mães com excesso ou baixo peso e partos por cesariana constituem factores de risco para o aparecimento de dificuldades iniciais no A.M. Os resultados deste estudo destacam a necessidade de proporcionar suporte adequado na díade na primeira semana de pós-parto,

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1ºmês pós-parto

Quadro nº6: Quadro síntese dos estudos seleccionados.

Título do Artigo	Autores	Referência Ano/ País	Objectivos	Participantes/ Contexto	Tipo de estudo/ Método Análise	Principais conclusões
8. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status.	MOORE, Elizabeth.	Journal of Midwifery & Women health , vol. 52, nº2, p. 116-125. Março/Abril 2007/ USA	Avaliar o impacto do contacto pele-com-pele demorado (2h) logo após o nascimento, na prática de A.M. de mães primíparas ao longo do primeiro mês de vida.	20 Diades saudáveis	Estudo quantitativo. Análise comparativa. Utilização da <i>Infant Breastfeeding Assessment Tool</i> para avaliação da adaptação do RN à mama.	RN's que permaneceram em contacto pele-com-pele demorado (2h), apresentaram um padrão de sucção mais adequado logo na primeira mamada e adaptaram-se à mama mais precocemente, comparativamente com o grupo de controlo. No entanto, não se verificaram diferenças nos 2 grupos de RN's ao primeiro mês de vida.
9. Aleitamento Materno: importância da correcção da pega no sucesso da amamentação.	PEREIRA, Maria Adriana	Lusociência . 2006. Portugal.	Avaliar a importância da correcção da pega; Identificar os diferentes tipos de mamilo e comparar a sua influência no A.M.	145 mães primíparas	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Análise estatística.	A correcção da pega logo na primeira mamada contribui para o sucesso do A.M. e aumenta a percentagem de mães que amamentam em exclusivo ou de forma complementada.
10. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study.	RAZUREL, C. [et al]	Midwifery , vol. 27, Issue 2, p. 237-242. Abril 2011. United States	Identificar os principais problemas e eventos percebidos pelas mães primíparas no pós-parto e explorar o apoio social e estratégias de <i>coping</i> .	60 mulheres primíparas	Estudo qualitativo (entrevistas semi-estruturadas). Análise de conteúdo.	Interação com os profissionais de saúde e A.M. foram identificados como fontes de stress no pós-parto. Relativamente ao A.M., as expectativas idealizadas face às informações transmitidas durante o período pré-natal, não correspondem às dificuldades com que as mães se confrontam após o nascimento do bebé. Companheiro foi considerado principal fonte de apoio social. Mulheres expressam necessidade de apoio e acompanhamento a longo prazo.

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1ºmês pós-parto

Quadro nº7: Quadro síntese dos estudos seleccionados.

Título do Artigo	Autores	Referência Ano/ País	Objectivos	Participantes/ Contexto	Tipo de estudo/ Método Análise	Principais conclusões
11. Critical views on postpartum care expressed by new mothers	RUDMAN, Ann; WALDENSTRÖM, Ulla	BMC Health Services Research. Vol.7, issue 1 (Novembro 2007). Suécia	Caracterizar as experiências negativas das primíparas relativamente aos cuidados de saúde no pós-parto na maternidade.	2783 puérperas primíparas	Estudo longitudinal. Análise de conteúdo.	Foram enumerados como aspectos negativos: a falta de oportunidade para descansar, dificuldade de obtenção de informações individualizadas e de apoio ao A.M., apoio à parentalidade e gestão de sintomas apropriada. O desafio de oferecer cuidados de elevada qualidade após o parto advém das expectativas de cuidados individualizados das puérperas e da precocidade das altas hospitalares.
12. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first time mothers	SEMENIC, Sonia; LOISELLE, Carmen; GOTTLIEB, Laurie	Research in Nursing & Health. Vol.31, nº5 (Outubro de 2008). P. 428-441. Canadá	Determinar a influência de factores sócio-demográficos, psicossociais e neonatais sobre a duração do A.M. exclusivo em primíparas.	189 primíparas de um hospital no Canadá	Estudo quantitativo. SPSS	Os resultados destacam a interacção complexa dos factores que influenciam o A.M. e reforçam a importância da implementação de um continuum de estratégias pré e pós-natais para prolongar o aleitamento materno exclusivo.
13. Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study	TARRANT, Marie [et al]	Pregnancy & Childbirth. Vol.10, Issue 1 (2010). P. 10-27. United Kingdom	Descrever as práticas de A.M. e os factores associados ao desmame precoce das mães primíparas ao 1º, 3º, 6º e 12 meses de vida do RN.	1417 díades, recrutadas durante o internamento na maternidade	Estudo longitudinal, de coorte. Análise de questionário de caracterização demográfica e entrevistas telefónicas ao longo do 1ºano de vida	Mães com maior escolaridade, que foram amamentadas, que planearam amamentar exclusivamente e que têm o apoio do pai do RN são mais propensas a manter o seu projecto de amamentação para além do 1ºmês de vida, apesar das dificuldades com que são confrontadas. A introdução de substitutos do leite materno antes do 1ºmês de vida e o regresso ao trabalho precoce, estão associados ao desmame aos 3meses. Programas de promoção do A.M. têm tido um importante impacto nas taxas de início desta prática, mas o foco deve agora mudar para ajudar as mães a amamentar exclusivamente e a mantê-la.

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1ºmês pós-parto

Quadro nº8: Quadro síntese dos estudos seleccionados.

Título do Artigo	Autores	Referência Ano/ País	Objectivos	Participantes/ Contexto	Tipo de estudo/ Método Análise	Principais conclusões
14. Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Spanish: Data From a Puerto Rican Population.	TORRES, Marcelina [et al]	Journal of Human Lactation , vol.19, nº1, p.35-42. Fevereiro 2003.	Traduzir a <i>Breastfeeding Self-efficacy Scale</i> para o espanhol e determinar as características psicométricas de uma amostra de 100 mulheres porto-riquenhas.	100 mulheres porto-riquenhas	Estudo quantitativo. Análise da fiabilidade e confiabilidade da <i>Breastfeeding Self-efficacy Scale</i> .	A <i>Breastfeeding Self-efficacy Scale</i> constitui um instrumento de avaliação da auto-eficácia materna com elevada confiabilidade e validade. A sua aplicação permitiu concluir que muitas mães que amamentam pela primeira vez desistem facilmente deste projecto, quando confrontadas com dificuldades. Um preditor significativo da duração do A.M. é a confiança materna.
15. The effect of maternal breast variations on neonatal weight gain in the first seven days of life	VAZIRINEJAD, Reza [et al]	International Breastfeeding Journal , vol.4, nº13. (Novembro de 2009). United Kingdom	Compreender se variações específicas da mama materna constituem barreiras ao aumento ponderal dos RN's, nas mães que amamentam pela 1ªvez, em regime de A.M. exclusivo, nos primeiros 7 dias de vida.	100 RN de termo saudáveis, 50 filhos de mães com as variações específicas da mama e 50 filhos de mães sem alterações mamárias.	Estudo quantitativo, de coorte. Análise estatística	As variações da mama nas mães que amamentam pela primeira vez actuam como uma importante barreira para o aumento do peso dos RN's nos primeiros dias de vida. Nestes RN's verificou-se uma redução média do seu peso ao 7ºdia de vida. Os profissionais de saúde necessitam de desenvolver competências de adaptação à mama destes recém-nascidos e proporcionar informações adequadas a estas mães, relativamente à técnica de A.M. e como superar estas dificuldades.

3.4.2. Dificuldades das mães que amamentam pela primeira vez durante o primeiro mês pós-parto

De acordo com um estudo realizado por Razurel [et al] (2011), o aleitamento materno é concebido pelas mães que amamentam pela primeira vez como um projecto e interpretado como um indicador de “ser boa mãe”. Muitas mulheres idealizam a amamentação como um comportamento natural, focalizando-se nas informações que lhes são facilitadas durante o período pré-natal, nas quais a abordagem das dificuldades futuras é muitas vezes esquecida pelos profissionais de saúde. Quando dão início ao seu projecto, e em especial nas duas primeiras semanas de pós-parto, tal como Galvão (2006) destaca no seu estudo, face à sua inexperiência e ao confronto com estas dificuldades, estas mães, que vivem um período de maior sensibilidade e labilidade emocional, podem sentir-se ansiosas e questionar as suas capacidades para cuidar do bebé, o que pode constituir uma causa de abandono precoce desta prática. Os profissionais de saúde, importante fonte de apoio, devem desta forma estar atentos e proporcionar suporte individualizado durante todo este processo de aprendizagem, anteriormente facilitado por mulheres experientes da família alargada. Devem ainda incluir o companheiro, uma vez que este constitui a principal fonte de ajuda materna quando regressam a casa.

Tal como Torres [et al] (2003) reflectem no seu estudo, existem variáveis não modificáveis que podem influenciar negativamente a capacidade da mulher enfrentar estas dificuldades, tais como idade materna, estado civil, escolaridade e nível socioeconómico²⁰. No entanto, interessa sobretudo aos profissionais de saúde conhecer as variáveis modificáveis que possam servir de guia para o diagnóstico, planeamento, execução e avaliação de intervenções promotoras desta prática. De acordo com o mesmo estudo, uma dessas variáveis é a confiança ou auto-eficácia materna relativamente à sua capacidade para amamentar, que pode ser avaliada previamente através da aplicação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*, uma escala criada por Denis e Faux. Torres [et al] (2003) concluíram que mães que amamentam

²⁰ Idade materna mais jovem parece estar associada a uma menor duração do aleitamento materno, talvez devido a insegurança, falta de confiança e apoio nesta prática; o apoio do pai do bebé constitui uma influência positiva para esta prática; baixos níveis socioeconómicos e de escolaridade estão associados a um menor acesso a fontes de informação e a um início mais tardio de vigilância da gravidez e decisão de amamentar.

pela primeira vez têm pontuações mais baixas, pelo que apresentam um maior risco de abandono precoce desta prática.

Semenic, Loisselle, Gottlieb (2008) evidenciaram através do seu estudo que mães pela primeira vez com níveis mais elevados de confiança têm uma maior capacidade de dar resposta a possíveis dificuldades que surgem, comparativamente com as restantes, adaptando-se mais facilmente a novos desafios. Quando questionadas, relatam menos problemas com a amamentação, têm uma maior percepção da satisfação do recém-nascido com o aleitamento materno, valorizam mais o apoio que lhes foi facultado. Desafios ultrapassados contribuem para o aumento da confiança materna. Ao invés, a necessidade de utilização de fórmulas lácteas ou sugestão por profissionais de saúde durante o internamento hospitalar interfere negativamente com esta variável. Mães com baixos níveis de confiança são mais propícias a perceber estes desafios como problemáticos e recorrer à suplementação com fórmulas lácteas. Da suplementação podem advir como principais dificuldades a produção insuficiente de leite materno e a dificuldade de adaptação do recém-nascido à mama.

O desenvolvimento de programas, que promovam a auto-eficácia das mães que amamentam pela primeira vez, para além dos cuidados padrão, tem importantes repercussões na continuação do aleitamento materno, tal como um estudo realizado por Awano e Shimada (2010) demonstrou.

A intenção firme, perseverança e determinação em amamentar fomentam a motivação para ultrapassar pequenos obstáculos e manter este projecto, de acordo com os objectivos pessoais definidos. O conhecimento dos benefícios do aleitamento materno, os aspectos práticos e o baixo custo, a intimidade do contacto mãe-bebé durante esta prática constituem fortes argumentos para ultrapassar obstáculos que surgem. De acordo com um estudo realizado por Lamontagne, Hamelin, Pierre (2008), mulheres menos convictas da sua intenção de amamentar apresentaram uma menor motivação e mais facilmente desistiram face às dificuldades que surgiram. Torrant [et al] (2010) verificaram que mães com níveis de escolaridade superior, que foram amamentadas, que têm o apoio do pai do bebé e que planearam amamentar exclusivamente são mais apropriadas a continuar o seu projecto para além do 1ºmês pós-parto. Salienta-se que no estudo realizado por Lamontagne, Hamelin e Pierre (2008), algumas mulheres expressaram desconforto e timidez face à amamentação em público, o que as absteve de realizar esta prática neste contexto. Também num estudo

realizado por Duarte (2005), as lactantes descreveram como causa de tensão e irritação a presença de visitas durante as primeiras mamadas do recém-nascido na maternidade, embora também referissem que este sentimento se foi diluindo ao longo do tempo.

Matias [et al] (2010) procuraram identificar os factores de risco para o desenvolvimento precoce das seguintes dificuldades no início da lactação nestas mães: comportamento alimentar inadequado do recém-nascido durante a amamentação; atraso na fase II da lactogénese e perda excessiva de peso neonatal. De acordo com este estudo, a institucionalização e medicalização do parto e do nascimento têm contribuído de forma negativa para o sucesso da experiência de aleitamento materno. A supremacia da técnica e os cuidados institucionalizados têm contribuído para a separação mãe-bebé no nascimento, com conseqüente início tardio e interrupção da primeira mamada e posteriores, o que interfere negativamente com a capacidade inata da díade iniciar esta prática, perturbando o seu processo natural de aprendizagem e ajuste necessário. Tal como Moore (2007) comprovou com o seu estudo, o contacto pele-a-pele prolongado logo após o parto, promove um padrão de sucção superior logo na primeira mamada e uma adaptação à mama mais rápida. Outros factores de risco enumerados no estudo de Matias [et al] (2010) foram: a utilização de analgésicos opiáceos durante o parto; recém-nascido do sexo masculino²¹; idade gestacional inferior a 39 semanas e número de mamadas menor que 8 nas primeiras 24h de vida²².

A produção de leite (fase II da lactogénese) é baixa durante os primeiros dias (inferior a 100ml/dia), mas entre as 36 e 92h de pós-parto, verifica-se um aumento progressivo. Nas mulheres primíparas, de acordo com o estudo anteriormente referido, assistiu-se a um atraso neste aumento (considerado quando superior a 72h), que pode agravar-se na presença de outros factores de risco: áreas urbanas; cesariana em especial se urgente; stresse materno/ fetal durante o trabalho de parto e parto; prolongamento do 2ºestádio do trabalho de parto; obesidade ou magreza materna excessiva; mamilos planos; diabetes materna do tipo I.

²¹ Os autores justificam estas diferenças por os recém-nascidos do sexo masculino apresentarem uma menor maturação pulmonar e dos reflexos de sucção e deglutição; por face à diferença de género, os comportamentos maternos variarem, podendo ser facilitadores ou dificultar o processo de aprendizagem do aleitamento materno e pelas diferenças de oportunidade.

²² Identificam como desvantagens: diminuição da taxa de eliminação de mecónio, diminuição do número de mamadas nos dias seguintes, maior perda de peso e níveis séricos de bilirrubina mais elevados. Salienta que mamadas mais frequentes (entre 8 a 12 nas 24h), permitem ao recém-nascido aprender como mamar eficazmente.

Relativamente à perda de peso neonatal excessiva (considerada neste estudo superior a 10% na 1ª semana de vida), os autores evidenciaram como causas a inadequada técnica de sucção e a insuficiente quantidade de leite transferido, o que evidência dificuldades da díade no aleitamento materno. O atraso no início da fase II da lactogénese não esteve associado a esta perda.

Comparativamente com o que foi referido anteriormente, um estudo de Duarte (2005) evidenciou as dificuldades enumeradas pelas mães, que agrupou do seguinte modo: dificuldades para iniciar o aleitamento materno e dificuldades para dar continuidade a esta prática. Deste modo, as principais dificuldades descritas pelas mães na maternidade, relacionadas com o início do aleitamento materno foram: a ausência de experiência prévia em amamentação, nomeadamente como ajudar o bebé a pegar na mama e o receio de não ser capaz de amamentá-lo, maioritariamente por desconhecerem exactamente como proceder e pelas expectativas que tinham vindo a ser construídas, desde o momento da decisão de amamentar; a experiência dolorosa da primeira mamada e o facto de a descida do leite demorar a ocorrer, factor que desencadeia ansiedade e diminuição da sua confiança na competência para amamentarem e que conduziu num dos casos à introdução de substitutos de leite materno. Após a alta hospitalar, as principais dificuldades enumeradas foram: os mamilos dolorosos e sangrantes, o ingurgitamento mamário, que implicou massagens e extracção de leite, a inadequada progressão ponderal do recém-nascido, as mamadas muito frequentes, que conduzem a sentimentos de incerteza face à produção de leite materno e o refluxo acentuado do bebé.

Especificando algumas destas dificuldades, vários estudos evidenciaram o receio de não ter leite suficiente e ou “ter leite fraco” como um dos principais obstáculos à manutenção do aleitamento materno exclusivo e concluíram que este pode ser o principal factor para o abandono precoce desta prática (Dennis *et al*, 2002; Pereira, 2006; Semenic; Loiselle; Gottlieb, 2008; Lamontagne; Hamelin; Pierre, 2008; Awano; Shimada, 2010; Tarrant *et al*, 2010). De acordo estes estudos, comportamentos desorganizados do recém-nascido, nomeadamente o choro, foram interpretados como indicadores negativos da quantidade ou qualidade do leite materno. Outros estudos (Denis *et al*, 2002; Lamontagne; Hamelin; Pierre, 2008), evidenciaram a identificação materna dos seguintes comportamentos do recém-nascido como uma dificuldade acrescida e uma justificação para a introdução de leite adaptado: choro, agitação,

mamadas muito longas ou muito frequentes, dificuldades de sucção e deglutição, recusa do bebé mamar. Embora muitas vezes o fornecimento de leite materno seja suficiente, este sentimento subjectivo desencadeia inquietação e insegurança, levando-as a questionarem-se se o seu leite é capaz de suprir as necessidades nutricionais do seu bebé e a introduzirem substitutos do leite materno. De acordo com os autores, esta percepção decorre da falta de informação materna, da ausência de confiança no processo normal de lactação e da inexistência de suporte cultural e social, no qual avós e pares transmitiam às mães as informações e apoiavam a prática de aleitamento materno. Tal como Pereira (2006) descreve, torna-se pertinente ajudar as mães a estabelecerem a lactação, informá-las sobre a sua fisiologia e sobre a perda de peso fisiológica do lactente nos primeiros dias de vida e auxiliá-las a identificar as causas de choro dos bebés.

Variações da anatomia da mama tais como mamilos planos, invertidos ou grandes e mamas grandes, face à inexperiência materna, podem ser uma causa precoce de dificuldade de adaptação do recém-nascido e introdução de substitutos do leite materno. De acordo com um estudo desenvolvido por Vazirinejad [et al] (2009), os recém-nascidos filhos de mães com estas variações mamárias não só não tiveram um aumento de peso médio ao 7ºdia (grupo de controlo: +53, ±154,4g), como apresentaram uma redução média do seu peso (-162, ±125g). Tal como este estudo demonstra, os profissionais de saúde devem observar a anatomia da mama, consciencializar as mães para estas variações e orientá-las durante o período pré e pós-natal sobre estratégias para lidar com possíveis dificuldades que daí possam advir.

Mamilos e mamas dolorosas (mamilos macerados, fissurados ou sangrantes; ingurgitamento mamário, mastite) constituem dificuldades identificadas pelas mães, que podem conduzir ao desmame precoce (Lamontagne; Hamelin; Pierre, 2008; Semenic; Loiselle; Gottlieb, 2008). Um estudo realizado por Pereira (2006), relativamente à importância da correcção da pega no sucesso da amamentação demonstrou que a pega incorrecta, que tem como consequência a fissura mamilar, constitui uma causa importante de dor e uma das principais causas de interrupção do aleitamento exclusivo durante o primeiro mês de vida (50,3% das mães deste grupo). Se por um lado a dor pode levar a mãe a amamentar por menos tempo e com menor frequência, o facto de o bebé só sugar no mamilo faz com que não consiga obter leite suficiente, ficando frustrado e com que o leite não seja retirado eficazmente, o que

pode conduzir a uma diminuição da sua produção. De acordo com o mesmo estudo, a correção da pega desde a primeira mamada aumenta o sucesso do aleitamento exclusivo.

Problemas relacionados com o seu bem-estar físico tais como anemia, fadiga e dor pós-parto são também identificados pelas lactantes em estudos realizados por Semenic, Loisselle e Gottlieb (2008) e por Tarrant [et al] (2010), como dificuldades acrescidas para esta prática. Num estudo realizado por Semenic, Loisselle, Gottlieb (2008), algumas mães associaram a sua fadiga às mamadas frequentes e justificaram a introdução precoce de substitutos do leite materno alegando ausência de saciedade dos recém-nascidos ou recusa em mamar.

Informações contraditórias e inúteis e pressões dos profissionais de saúde, familiares e membros da comunidade foram identificados como factores que podem influenciar negativamente a experiência de amamentação (Hall, Hauck; 2007).

O apoio de grupos de pares (mulheres com experiência em amamentação) é valorizado por estas mães e parece ter um impacto positivo na duração desta prática. De acordo com um estudo realizado por Dennis [et al] (2002), os programas de apoio à amamentação desenvolvidos pelos profissionais de saúde não contribuem substancialmente para a manutenção desta prática para além dos 2 meses após o parto, uma vez que mulheres que receberam apoio adicional no domicílio e suporte telefónico de pares, evidenciaram uma maior taxa de prevalência do aleitamento materno e uma maior satisfação com esta experiência. Perante a satisfação e aceitação deste tipo de intervenção por parte das mães, os autores concluíram a importância de incluir grupos de pares nos programas de apoio desenvolvidos pelos profissionais de saúde e, como parte integrante do apoio proporcionado, a avaliação da situação de aleitamento materno, o apoio emocional e o feedback positivo e a informação.

3.4.3. Intervenções de Enfermagem facilitadoras do estabelecimento e manutenção da prática do Aleitamento Materno valorizadas pelas mães

Os enfermeiros podem contribuir significativamente para o início e continuação do sucesso do aleitamento materno, promovendo a confiança e segurança maternas na sua competência para esta prática. Dois tipos de apoio são valorizados pelas mães que amamentam pela primeira vez: o apoio físico e o suporte emocional. O apoio físico está

relacionado com conselhos práticos (como adaptar bebê à mama, como posicionar o bebê, entre outros), a identificação e resolução de problemas e, segundo os estudos, constitui uma importante estratégia de prevenção do desmame precoce em particular no início da lactação (Duarte, 2005; Lamontagne; Hamelin; Pierre, 2008; Tarrant *et al*, 2010). Relativamente ao suporte emocional, empatia, capacidade de escuta, carinho e dedicação, reforço positivo, confiança e esperança são atitudes valorizadas (Lamontagne; Hamelin; Pierre, 2008). Quando surgem dificuldades relacionadas com a prática do aleitamento materno, muitas mães sentem-se culpabilizadas e angustiadas, chegando a questionar-se relativamente à sua capacidade para desempenhar as funções maternas (Rudman; Waldenström, 2007), pelo que uma atitude tolerante e de respeito associada a informações e suporte são fundamentais.

De acordo com um estudo realizado por Backström, Wahn e Ekström (2010), as mulheres expressaram o desejo da presença de um profissional de saúde durante uma sessão de amamentação, para que possa confirmar a sua capacidade ou incapacidade para amamentar, o que no caso do reforço positivo, contribui para aumentar a sua auto-confiança. Quando os profissionais de saúde não confirmam a capacidade materna de amamentação, não disponibilizam tempo para ouvir as suas dificuldades ou não manifestam esforços para compreender os seus receios, as mães sentem-se fracassadas. Enaltecem diferentes estilos individualizados de apoio ao aleitamento materno e uma capacitação constante da sua competência para amamentar, mesmo quando as dificuldades surgem. Valorizam sobretudo suporte de confirmação prático e físico. Pretendem informações sobre tempo e técnica de amamentação (por exemplo, como posicionar o bebê) e como lidar com os mamilos dolorosos. Expressam necessidade de apoio contínuo no aleitamento materno. A possibilidade de manterem o apoio do mesmo profissional durante o período pré-natal e durante a prática do aleitamento materno é valorizada, uma vez que já estabeleceram uma relação de confiança. Destacam a necessidade de manter este apoio após a alta hospitalar. Salientam a pertinência de haver consenso no âmbito das informações e do apoio que é proporcionado pelos diferentes profissionais de saúde.

Alguns estudos evidenciam que os profissionais de saúde nem sempre constituem uma influência positiva e útil nesta prática. Algumas mães referem que a educação pré-natal não as prepara suficientemente para a experiência do aleitamento materno. Segundo estudos de Tarrant [*et al*] (2010) e Razurel [*et al*] (2011), as

puérperas referem que neste período os profissionais de saúde atribuem particular ênfase aos benefícios desta prática e não as prepararem para as técnicas de adaptação do recém-nascido à mama e como dar resposta às dificuldades que podem surgir.

Durante o período de internamento hospitalar, alguns estudos evidenciam falta de apoio por parte dos profissionais, quer no que diz respeito a questões gerais, quer no que diz respeito a aspectos específicos tais como amamentação após uma cesariana e amamentação após cirurgia mamária; pouca supervisão e disponibilidade para “estar com”; informações e orientações inconsistentes, imprecisas, inadequadas ou contraditórias; deficit de conhecimentos; ausência de respeito e compreensão pela decisão materna; pressão para amamentar baseada numa excessiva valorização das vantagens do aleitamento materno e culpabilização quando as mães oferecem substitutos do leite materno (Rudman; Waldenström, 2007; Lamontagne, Hamelin; Pierre, 2008). As mães destacam a ambivalência existente entre ser um Hospital Amigo dos Bebés e a precocidade e rigor das altas hospitalares (Rudman; Waldenström, 2007).

3.4.4. Análise do contributo dos estudos

Tal como Razurel (2009) concluiu no seu estudo, a amamentação é identificada pelas mães que amamentam pela primeira vez como um factor de stresse no pós-parto. A confiança materna constitui o eixo central das suas experiências. As dificuldades na prática do aleitamento materno tendem a afectar negativamente esta confiança, fazendo com que estas mulheres cheguem mesmo a pensar que algo está mal com o seu corpo.

À luz da teoria de Kristen Swanson, o enfermeiro, ao assumir uma relação de compromisso e responsabilidade com as pessoas que cuida, pode promover o seu bem-estar, auxiliando estas mães a estabelecerem uma relação de amamentação sincronizada com os seus filhos e usufruírem de todos os benefícios desta prática. Assim, utilizando os seus conhecimentos específicos, deve “possibilitar” a vivência de uma experiência positiva de amamentação. Como tal, necessita no período pré-natal, “conhecer” as suas clientes, avaliando o seu projecto de amamentação, as suas expectativas, crenças e tradições familiares, as suas fontes de apoio. Deve “fazer por”, antecipando as suas necessidades face à sua primeira experiência de aleitamento

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1º mês pós-parto

materno, nomeadamente no que diz respeito à preparação no âmbito das técnicas de adaptação do recém-nascido à mama e como dar resposta a possíveis dificuldades que possam surgir. Após o nascimento do bebé, deve “estar com”, não só estando presente durante a amamentação, como demonstrando disponibilidade e apoio contínuo, individualizado, mesmo na sua ausência física. Deve “manter a crença”, promovendo a auto-estima materna, reforçando e capacitando as mães para o seu projecto. E deve envolver os companheiros sempre que possível, uma vez que o apoio paterno constitui um ingrediente essencial para o sucesso do aleitamento materno. Assim, para garantir o sucesso deste projecto, necessita de estar presente, proporcionar apoio prático e emocional (demonstrar compreensão e preocupação), promover a auto-estima materna (capacitando e promovendo o desenvolvimento de competências), informar, garantir o suporte mesmo após a alta hospitalar, a nível da comunidade (através de grupos de pares e profissionais de saúde).

4. CONCLUSÃO

O presente documento constitui uma descrição e discussão dos principais aspectos do desenvolvimento do projecto de estágio. A revisão bibliográfica apresentada no capítulo do Enquadramento Metodológico foi útil para a clarificação dos conceitos inerentes quer ao desenvolvimento de competências como futura EESMO quer à compreensão e explicitação da temática do aleitamento materno.

As competências delineadas foram pertinentes para o Ensino Clínico em questão e abrangentes para o aperfeiçoamento profissional e especialização no âmbito do cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal, a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica e ao recém-nascido durante o período neonatal. Seguramente que ainda há um longo caminho a percorrer pela estudante, até porque, o EESMO, ao assumir uma relação de responsabilidade e compromisso com o seu cliente, proporciona cuidados com o objectivo principal de promover o seu bem-estar óptimo, pelo que a necessidade de contínuo aperfeiçoamento profissional e reflexão devem constituir, tal como já foi referido anteriormente, um valor universal para todos os profissionais. E são estes dois aspectos que contribuem para o seu crescimento pessoal e profissional. A prestação de cuidados durante o trabalho de parto e parto foi experienciada pela estudante como um privilégio e um desafio constante, muito enriquecedor, que pressupôs o desenvolvimento de competências para que a mãe/casal participassem activamente e vivessem este momento como uma experiência única e positiva.

Relativamente à temática do Aleitamento Materno, as opções metodológicas delineadas contribuíram para aprofundar conhecimentos e alcançar os objectivos propostos. A frequência do curso “Aleitamento Materno. Projecto Hospital Amigo do Bebê” foi pertinente. A realização da sessão de educação para a saúde no serviço de puerpério sobre “Aleitamento Materno: como ultrapassar pequenas dificuldades?” foi útil não só para a partilha de experiências entre as mães e seus companheiros, como para contribuir para a sua capacitação para esta prática e possibilitar o recurso a serviços de apoio após a alta hospitalar, aspectos que foram consolidados com o folheto realizado pela estudante e com o folheto da DGS sobre “Extracção e conservação do leite materno”. Permitiu ainda conhecer algumas das dificuldades destas mães.

A realização do questionário de colheita de dados, das observações participantes, das entrevistas e a aplicação do protocolo da UNICEF para avaliação da mamada, permitiu enriquecer complementando ou reforçando os resultados obtidos através da revisão sistemática da literatura. Efectuando uma breve análise dos resultados obtidos, pode-se concluir as mães que amamentam pela primeira vez, dada a sua inexperiência, se vêm confrontadas com um conjunto de dificuldades, em especial nas duas primeiras semanas após o parto, que podem ser uma causa de abandono precoce desta prática (Galvão, 2006). Apesar do acesso a informações sobre aleitamento materno estar cada vez mais facilitado e disponível para as mães, faltam sobretudo confiança quer no seu corpo quer nas competências do seu bebé e na sua capacidade para amamentar. E esta insegurança materna é agravada quando as informações transmitidas pelos profissionais de saúde e grupo de pares são contraditórias. Actualmente verifica-se que a promoção e apoio a esta prática não são fomentados no seio da cultura familiar e do grupo de pares, pelo que as mães sem experiência prévia, sentem-se muitas vezes inseguras e sozinhas. Por outro lado, a educação para a saúde durante o período pré-natal nem sempre é adequada, uma vez que não são abordadas as estratégias para lidar com dificuldades inerentes a esta prática. Muitas vezes, a prática de aleitamento materno, percebida por estas mães como algo natural, instintivo e benéfico, é vivida com angústia e culpa face à dificuldade em lidar com problemas que surgem, considerando que algo está mal com o seu corpo ou que o seu bebé não gosta do seu leite.

Relativamente às dificuldades relacionadas com esta prática, podem agrupar-se em dificuldades relacionadas com a mãe e dificuldades relacionadas com o bebé. Relativamente às dificuldades relacionadas com a mãe, os estudos corroboram os achados obtidos através da análise das notas de campo que demonstram que o “receio de não ter leite suficiente” ou “ter leite fraco”, assim como os mamilos e mamas dolorosas constituem causas frequentes do desmame precoce destas mães. Outras dificuldades enumeradas são: o atraso na fase II da lactogénese; a ausência de experiência prévia na técnica de amamentação; as variações da mama, tais como mamilos rasos, invertidos ou grandes e mamas grandes; problemas relacionados com o bem-estar físico materno, nomeadamente a fadiga e a dor pós-parto; as informações e pressões contraditórias e inúteis quer dos profissionais de saúde quer dos familiares e amigos. As dificuldades relacionadas com o recém-nascido encontradas são: o

comportamento inadequado do recém-nascido durante a amamentação (recusa em mamar, dificuldades na pega, reflexos de sucção e deglutição inadequados); mamadas muito frequentes ou muito longas; choro frequente; agitação; bebê sonolento; perceber se o bebê está realmente a mamar ou a “fazer da mama chucha” e a perda de peso neonatal significativa.

Relativamente às intervenções de Enfermagem, é valorizado o suporte físico e emocional. As mães esperam receber conselhos práticos relativamente às técnicas de adaptação do RN à mama e estratégias para lidar com dificuldades que possam surgir e também expressam a necessidade de um profissional de saúde estar presente numa sessão de amamentação, para que possa confirmar a sua capacidade para amamentar. Desejam atitudes de empatia, respeito, tolerância, capacidade de escuta, carinho, dedicação, confiança e esperança. E sobretudo um apoio contínuo que se prolongue após a alta hospitalar.

Fazendo uma breve reflexão das evidências dos resultados obtidos, conclui-se que o enfermeiro obstetra pode desempenhar um importante papel no início, estabelecimento e manutenção da prática do aleitamento materno, capacitando as mães e promovendo a sua confiança no desempenho deste projecto. À luz do que Pinto (2008) refere, a estratégia passa pela Educação para a Saúde individualizada que inclui aquisição de conhecimentos, criação de atitudes e aprendizagem e treino de capacidades para esta prática, que tal como foi demonstrado anteriormente, deve ter início pelo menos no período pré-natal e prolongar-se após a alta hospitalar, através do encaminhamento para os recursos da comunidade, caso não seja possível manter o apoio do mesmo profissional. Torna-se, ainda, fundamental incluir a família em todo este processo, uma vez que pode influenciar as decisões das mulheres, em especial o pai do bebê e as avós. Relativamente à importância atribuída ao pai, tal como Tohotoa (2009) concluiu com o seu estudo, a partilha da experiência do parto e o Aleitamento Materno constituem dois desafios da transição para a parentalidade. O pai deseja ser envolvido e as mães valorizam a antecipação que faz das suas necessidades, o apoio na realização das tarefas domésticas e a sua capacidade de determinação e compromisso. O suporte físico, prático e emocional paterno constitui um factor chave para a promoção do aleitamento materno bem sucedido e para a vivência de uma experiência positiva e gratificante, pelo que a sua inclusão na Educação para a Saúde é uma mais-valia para que o compromisso desta prática seja mantido.

Importa ainda salientar que para garantir o sucesso do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, torna-se necessário mudar de paradigma: respeitar incondicionalmente as habilidades e das capacidades inatas mãe-bebé; promover um equilíbrio entre a medicalização necessária do corpo da mulher, com consequente redução de intervenções desnecessárias no parto e atribuir-lhe um papel activo no nascimento do seu filho; possibilitar o alojamento conjunto mãe-bebé e o início precoce e ininterrupto do aleitamento materno, num ambiente tranquilo e de contínua disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, em especial do EESMO. De acordo com as evidências científicas, a nível hospitalar torna-se fundamental o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno.

Torna-se ainda necessário uniformizar as informações que são transmitidas e simplificar as ajudas práticas. Tal como Thompson [et al] (2011) alertam, a introdução de técnicas elaboradas de adaptação do recém-nascido à mama (excessivas manipulações e controlo externo da mama e do mamilo) tornaram o acto de amamentar muito complexo para muitas mulheres e neurologicamente perturbador para o bebé, camuflando a natureza instintiva desta prática para a sobrevivência, tal como acontece nos outros mamíferos, o que pode conduzir a sentimentos de inadequação maternos e constituir um factor de desmame precoce.

É importante que o enfermeiro obstetra, reflecta sobre o seu papel no processo de nascimento e de aleitamento materno e promover a confiança das mulheres. A inclusão de grupos de pares nos programas de apoio é, segundo a literatura, uma mais-valia para uma experiência positiva e um prolongamento da taxa de prevalência desta prática, assim como o desenvolvimento de programas que promovam a auto-eficácia das mães.

Após uma pesquisa nas bases de dados, verifica-se que em Portugal existem poucos estudos na área das principais dificuldades das mães que amamentam pela primeira vez associadas à percepção que têm do papel do enfermeiro em todo este processo, pelo que o seu desenvolvimento de outros estudos nesta área poderá constituir uma mais-valia para os profissionais aprofundarem conhecimentos e contribuir cada vez mais para o retomar de uma cultura de aleitamento materno.

5. BIBLIOGRAFIA

AMENDOEIRA, José (2000) – Cuidado de Enfermagem: intenção ou acção. O que pensam os estudantes? **Revista Nursing**. Lisboa. Vol. Nº146, (Julho/ Agosto 2000). P.11-14. Acedido em 01/04/2011. Disponível em: <http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/CuidEnf.IntAc.OQPOE.pdf>

ASSEMBLEIA DAS NAÇÕES UNIDAS (21 de Setembro de 1990) – **A convenção sobre os direitos da criança**. Acedido em 02/04/2011. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

AWANO, Masayo; SHIMADA, Keiko (2010) – Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. **International Breastfeeding Journal**, vol.5, issue 1 (2010). United Kingdom. ISSN: 17464358. Acedido em 10/07/2011. Disponível em <https://vpn.esel.pt/http/0/www.springerlink.com/content/83735n9j3q267680/fulltext.pdf>

BACKSTRÖM, Caroline; WAHN, Elizabeth; EKSTRÖM, Anette (2010) – Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. **International Breastfeeding Journal**, vol.5, issue 20. (Novembro de 2010). ISSN: 1746-4358. Acedido em: 09/09/2011. Disponível em: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/5/1/20>

BARDIN, Laurence (2009) – **Análise de Conteúdo**. 4ª edição. Lisboa: Edições 70. ISBN: 978-972-44-1154-5.

BENNER, Patricia (2001) – **De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-97-X.

BERVIAN, Juliane; FONTANA, Marilea; CAUS, BRUNA (2008) – Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais – revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia**. Bairro de São José. ISSN 1808-7310. Vol. 13, nº 2 (Maio/Agosto 2008), p. 76-81. Acedido em 06/09/2011. Disponível em <http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/13-02/14.pdf>

BRANCO, Maria João; NUNES, Baltazar (2003). **Uma observação sobre Aleitamento Materno: relatório**. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand (2004) – **A relação mais precoce**. Lisboa: Terramar editores. ISBN 972-710-083-X.

CARVALHAES, Maria Antonieta; CORREA, Cláudia (2003). Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. Vol.79, nº1 (2003). P. 13-20. ISSN 0021-7557. Acedido em: 04/10/2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000100005

COMISSÃO EUROPEIA (18 de Junho de 2004) – **Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projecto em acção**. Acedido em: 01/04/2011. Disponível em: <http://europe.iblce.org/upload/Blueprint/Blueprint%20Portuguese.pdf>

COUTINHO, Emília (2006) – A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. Nº68 (2006). P. 61-66. ISSN: 0872-0844

DENNIS, Cindy [et al] (2002). The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. **Canadian Medical Association Journal**. Vol. 166, nº1 (8 de Janeiro de 2002). P.21-28. Acedido em: 29/04/2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC99222/>

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª Série-nº30 de 12 de Fevereiro de 2009 – Lei nº7/2009 de 12 de Fevereiro, artigos 33.º a 65.º.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-109-8.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007) – **Curso sobre Aconselhamento em Aleitamento Materno**. Circular Informativa número 11/DFI de 30/04/2007. Acedido em 01/04/2011. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) – **Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar. Orientações técnicas da DGS**. Lisboa: DGS. ISBN: 978-972-675-182-3.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2011) – **Extracção e conservação do leite materno**. Lisboa: DGS, 2011.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2011) – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde (versão discussão)**. Lisboa: DGS. Acedido em 20/09/2011. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>

DUARTE, Graciana Alves (2005) – **Vivências de casais com o Aleitamento Materno do primeiro filho**. Brasil: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Tese de Mestrado. Acedido em 02/03/2011. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000364704>

DUARTE, A. [et al] (2010) – **Em dificuldade...mas com amor**. In: CRUZ, Fátima [et al] – **Vulnerabilidades na Gravidez e no Pós-Parto: contributos**. Mealhada: Corrente Dinâmica. ISBN 978-989-966-17-0-7. P. 243-255.

GRAÇA, Luís Mendes (coord.) (2005) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª Ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-325-7.

FAME; APEO (2009) – **Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FRASER, Diane; COOPER, Margaret (2010) – **Assistência Obstétrica: um guia prático para Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 978-85-352-3876-1.

GALVÃO, Dulce Maria (2006) – **Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-11-9.

GOMES-PEDRO, João (2005) – **Nutrição, desenvolvimento e bem-estar**. In SILVA, Aires, GOMES-PEDRO, João (coord.) (2005) – **Nutrição Pediátrica: princípios básicos**. Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria. P. 9-11.

<http://vidadequalidade.org/vantagens-do-aleitamento-materno/> . Acedido em: 10/04/2011.

KÉROUAC, Suzanne [et al]. (1996) – **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Masson, S.A. ISBN: 84-458-0365-4.

LAMA, Dalai; CUTLER, Howard (1998) – **The art of happiness. A handbook for living**. New York: River Head Books. ISBN: 978-1-101-04021-8. Acedido em: 05/10/2011. Disponível em: <http://pensamentosfelizes.blogspot.com/2008/08/dia-mundial-do-aleitamento-materno.html>

LAMAZE INTERNATIONAL (org.) (Julho 2009) – **Práticas de nascimento saudável: deixe o trabalho de parto iniciar-se por si**. Acedido em: 20/07/2011. Disponível em: <http://www.lamaze.org/Portals/0/carepractices/Portuguese/1.pdf>

LAMONTAGNE, Caroline; HAMELIN, Anne; PIERRE, Monik (Agosto 2008) – The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study. **International Breastfeeding Journal**. Vol.3, nº17 (Agosto de 2008). ISSN: 1353-2618. Acedido em 04/05/2011. Disponível em: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/3/1/17>.

LEVY, Leonor (2005) – **Alimentação do lactente. Aleitamento Materno: fisiologia, vantagens e prática**. In SILVA, Aires, GOMES-PEDRO, João (coord.) (2005) – **Nutrição Pediátrica: princípios básicos**. Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria. P. 69-75.

LEVY, Leonor (2011) – **Um acto de amor. Tudo o que precisa de saber para amamentar o seu bebé com sucesso.** Lisboa: A Esfera dos Livros. ISBN: 978-989-626-284-6.

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena (2008) – **Manual de Aleitamento Materno.** Lisboa: Comité Português para a UNICEF. ISBN: 96436.

LOPES, Manuel José (1998) – **Concepções de Enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações.** Évora. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. ISBN: 98149-0-2.

LOWDERMILK, L. Deitra; PERRY, E. Shannon (2008) – **Enfermagem na maternidade.** 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1.

MAIA, Elsa [et al] (2010) – **Partos de Baixa Intervenção a nossa Realidade.** In: CRUZ, Fátima [et al] – **Vulnerabilidades na Gravidez e no Pós-Parto: contributos.** Mealhada: Corrente Dinâmica. ISBN 978-989-966-17-0-7.

MARQUES, Emanuelle [et al] (2010) – A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência Saúde Colectiva.** Rio de Janeiro. Vol. 15, suplemento nº1 (Junho de 2010). P. 1391-1400. ISSN: 1413-8123. Acedido em 06/09/2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700049&script=sci_arttext

MARQUES, José Gonçalo (2005) – **Nutrição e imunidade.** In SILVA, Aires, GOMES-PEDRO, João (coord.) (2005) – **Nutrição Pediátrica: princípios básicos.** Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria. P. 234-237.

MÁRTIRES, Alice (1996) – **Desenvolvimento empírico de uma teoria do cuidar de médio alcance.** 22 Páginas. Disponível em: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Pólo Maria Fernanda Resende. Tradução do artigo original: SWANSON, Kristen

M. (1991) – Desenvolvimento empírico de uma teoria do cuidar de médio alcance. **Nursing Research**. Philadelphia. (Maio/ Junho 1991), Vol. Nº3. P. 161-166.

MATIAS, Susana [et al] (2010) – Risk factors for early lactation problems among Peruvian primiparous mothers. **Maternal & Child Nutrition**. Vol.6, nº2 (Abril 2010). P.120-133. ISSN: 1740-8709. Acedido em: 04/05/2011. Disponível em: https://vpn.esel.pt/http/0/content.epnet.com/pdf23_24/pdf/2010/0LU/01Apr10/48560912.pdf?T=P&P=AN&K=48560912&EbscoContent=dGJyMMvi7ESeqLQ40dvuOLCmr0meprJSsau4SbeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiugLdluePfgeyx%2BEu3q64A&D=a9h

MOORE, Elizabeth (2007) – Randomized controlled trial of very early mother- infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. **Journal of Midwifery & Womens Health**. Vol. 52, nº2 (Março/ Abril 2007). P. 116-125. ISSN: 1542-2011. Acedido em 09/09/2011. Disponível em: http://www.medscape.com/viewarticle/555315_4

NASCIMENTO, Maria Beatriz Reinert [et al] (2003) – Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Revista Hospitalar Clínica Faculdade Medicina de São Paulo**. São Paulo. Nº58, 1ºvolume. P. 49-60 (2003). ISSN: 0104-568. Acedido em 01/04/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rhc/v58n1/15505.pdf>

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

OE (20 de Outubro de 2010) – **Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE; CEESMO; APEO (23 de Junho de 2005) – **Competências Essenciais para a Prática Básica das Parteiras**. Tradução do documento do *International Confederation of Midwives (ICM. 2002)*. Lisboa.

OMS; UNICEF (2005). **Declaração de Innocenti Sobre a Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Florencia. Acedido 2011/ 02/ 06. Disponível em: <http://www.amamentar.net/IniciativaAmigosdosBeb%C3%A9s/Declara%C3%A7%C3%A3odeInnocenti/tabid/369/Default.aspx>

ORIÁ, Mônica; XIMENES, Lorena (2010). Tradução e adaptação cultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* para o português. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 23, nº2. P. 230-238 (2010). Acedido em 28 de Abril de 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/13.pdf>

PEREIRA, Ângela; BACHION, Maria (2006) – Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendações de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. Vol. 27, nº4 (Dez.2006). P. 491-498.

PEREIRA, Maria Adriana (2006) – **Aleitamento Materno. Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação. Resultados de um estudo experimental**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-21-6.

PINTO, Susana (2010) – **Aleitamento Materno Exclusivo: razões que levam ao abandono precoce**. In: CRUZ, Fátima [et al] – **Vulnerabilidades na Gravidez e no Pós-Parto: contributos**. Mealhada: Corrente Dinâmica. ISBN 978-989-966-17-0-7. P. 256-262.

PINTO, Tiago Vieira (2008) – Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade. Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. **Arquivos de Medicina**, vol.22, nº 2-3 (2008), p.57-68. ISSN 0871-3413.

RAZUREL, C. [et al] (2011) – Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. **Midwifery**, vol. 27, Issue 2 (Abril, 2011). P. 237-242. ISSN: 0266-6138. Acedido em: 29/09/2011. Disponível em: <https://vpn.esel.pt/http/0/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661380900077>

ROGERS, Carl (1985) – **Tornar-se pessoa**. 7ª Edição. Lisboa: Moraes editores.

RUDMAN, Ann; WALDENSTRÖM, Ulla (2007) – Critical views on postpartum care expressed by new mothers. **BMC Health Services Research**. Vol.7, issue 1 (Novembro 2007). ISSN: 1472-6963. Acedido em: 20/04/2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/178>

SANDES, Ana Rita [et al] (2007) – Aleitamento Materno: prevalência e factores condicionantes. **Acta Médica Portuguesa**. Lisboa. Vol 20, nº3 (Maio/Junho 2007) P.193-200. ISSN 1646-0758. Acedido em: 10/05/2011. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/3/193-200.pdf>

SEMENIC, Sonia; LOISELLE, Carmen; GOTTLIEB, Laurie – Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first time mothers. **Research in Nursing & Health**. Vol.31, nº5 (Outubro de 2008). P. 428-441. ISSN: 1098-240X. Acedido em: 12/09/2011. Disponível em: <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ef444195-21e0-4223-a9ec-179a5efc10f5%40sessionmgr111&vid=2&hid=103>

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona (2002) – **Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-29-0.

SWANSON, Kristen M. (1991) – Desenvolvimento empírico de uma teoria do cuidar de médio alcance. **Nursing Research**. Philadelphia. (Maio/ Junho 1991), Vol. Nº3. P. 161-166.

SWANSON, Kristen M. (1993) – Nursing as Informed Caring for the Well-Being of others. **Journal of Nursing Scholarship**. (Maio 1993), vol.25. P.352-357.

SWANSON, Kristen M. (2006) – A Program of Research on Caring. In: PARKER, Marilyn (2006) – **Nursing Theories and Nursing Practice**. 2ª Edição. Florida: Davis Company. ISBN 0-8036-1196-X. P. 351-359.

TARRANT, Marie [et al] (2010) – Breastfeeding and weaning practises among Hong Kong mothers: a prospective study. **Pregnancy & Childbirth**. Vol.10, Issue 1 (2010). ISSN: 14712393. Acedido em 05/06/2011. Disponível em: <https://vpn.esel.pt/http/0/www.springerlink.com/content/g0327nv85ru325m9/fulltext.pdf>

THOMPSON, Robyn [et al] (2011) – An account of significant events influencing Australian practice over the last 40 years. **Women and birth**. Australia. Volume 24, Issue 3 (Setembro 2011). p. 97-104 ISSN: 1871-5192. Acedido em 13/09/2011. Disponível em: <https://vpn.esel.pt/http/0/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921000063>

6

TORRES, Marcelina [et al] (2003) - Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Spanish: Data From a Puerto Rican Population. **Journal of Human Lactation**, vol19, nº1 (Fevereiro 2003). P.35-42. Acedido em: 29/04/2011. Disponível em: <http://www.lactamar.com/pdf/Translation%20and%20Validation%20of%20the%20Breastfeeding.pdf>

VALA, Jorge (2001) – A análise de conteúdo. **In:** SILVA, Augusto; PINTO, José (orgs.) – **Metodologia das Ciências Sociais**. 11ª edição. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0503-1. P.101-128.

VAZIRINEJAD, Reza [et al] (2009) – The effect of maternal breast variations on neonatal weight gain in the first seven days of life. **International Breastfeeding Journal**, vol.4, nº13 (Novembro de 2009). ISSN: 1746-4358. Acedido em: 04/06/2011. Disponível em: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/13>

WATSON, Jean (2007) – **Nursing: human science and human care. A theory of nursing**. New York: National League for Nursing; ISBN 9780763753221.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996) – **Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide**. Geneva: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998) – **Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding**. Geneva: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011) – **Nutrition. Exclusive breastfeeding**.
Acedido em: 10/06/2011. Disponível em:
http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009) – **Infant and young child feeding Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Geneva: World Health Organization. ISBN: 978-92-4-159749-4.

TOHOTOA, Jenny [et al] (2009) – Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. **International Breastfeeding Journal**. United Kingdom (2009). Vol. 4, nº1. ISSN: 17464358 Acedido em: 10/09/2011. Disponível em:
<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/>

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ªEdição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ
dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1ºmês pós-parto

APÊNDICES

AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ

dificuldades maternas e intervenções de Enfermagem valorizadas no 1ºmês pós-parto

ANEXOS