



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Saúde Infantil e Pediatria**

Mara Alexandra Mateus Lourenço

LISBOA, Fevereiro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Saúde Infantil e Pediatria**

Mara Alexandra Mateus Lourenço

Sob Orientação da Prof. Elisabete Nunes

LISBOA, Fevereiro de 2011

RESUMO

O presente relatório surge na sequência de um projecto de estágio que decorreu em três módulos distintos, subordinado ao tema “aleitamento materno” e pretendeu-se durante o estágio “desenvolver competências de enfermagem avançada na assistência à criança/família na amamentação, através da promoção, suporte e apoio ao aleitamento materno, nos diferentes contextos da prática profissional, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP”. A escolha da temática deriva de uma inquietação pessoal pela constatação da inexistência de medidas concretas e efectivas direccionadas para esta prática, comprovada pela evidência científica que demonstra taxas actuais de aleitamento materno muito baixas, estando estas assim, longe das metas definidas pelas estruturas de saúde nacionais e internacionais em termos de orientações para a alimentação infantil.

O estágio teve como orientação teórica o Modelo de Promoção da Saúde de PENDER, estando sempre inerente o modelo conceptual dos cuidados pediátricos que encara a criança/família como o centro das intervenções, na medida em que são os pais os melhores prestadores de cuidados e a parceria e negociação, como as principais estratégias para alcançar um nível máximo do estado de saúde pessoal. Na *Unidade de Saúde da Castanheira*, destaco **o estudo sobre a prevalência do AM** que permitiu conhecer a população infantil em termos de taxas de amamentação e redefinir estratégias de actuação em torno desta temática e os **instrumentos desenvolvidos para a Consulta de Saúde Infantil e Cantinho da Amamentação** e que muito contribuíram para uma metodologia de trabalho eficaz baseada numa abordagem sistematizada da criança/família em contexto de aleitamento, facilitando o levantamento de necessidades e o planeamento dos cuidados; na *Urgência Pediátrica*, a elaboração de um **Manual de Procedimentos para a criança/família amamentada** e uma **norma sobre manipulação de leite humano** de forma a uniformizar procedimentos e a garantir segurança e qualidade no seu manuseamento e administração; na *Neonatologia*, a sensibilização da equipa para a **administração de leite humano pasteurizado em RN prematuros e doentes**, uma prática alternativa ao leite de fórmula e com inúmeros benefícios e ainda, um contributo de investigação para o conhecimento da prevalência do AM na unidade e por fim, em *contexto profissional*, a criação do “**Cantinho da Amamentação**” e a elaboração de um **Guia Orientador de Boas Práticas para a criança/família amamentada em contexto de hospitalização**, inseridos na implementação de uma política efectiva de promoção e apoio ao AM no Serviço de Pediatria, no sentido de intervir sobre os condicionalismos da hospitalização nesta prática. A metodologia de trabalho utilizada incorporou uma constante análise reflexiva das situações vivenciadas, da experiência profissional e da evidência científica existente, sendo possível ao longo do percurso realizado, demonstrar a capacidade para identificar problemas e tomar decisões assim como a importância das intervenções implementadas e da sua aplicabilidade em contextos tão específicos. Desta forma, concluo que os objectivos definidos foram pertinentes e alcançados, produzindo ganhos em saúde e simultaneamente promotores do desenvolvimento de competências especializadas.

Palavras-chave: aleitamento materno, promoção, apoio, suporte, EESIP

ABSTRACT

This report was prepared as a conclusion of an internship which was developed in three parts and dealt with breastfeeding. During the internship several actions were taken towards promoting, protecting and supporting breastfeeding in several contexts of professional practice for Specialist Nurses in Pediatrics and Infants Health.

The choice of this theme emerged from a personal concern regarding the absence of real measures aimed at this practice, confirmed by scientific evidences that show low rates of breastfeeding. These low rates are far from the guidelines concerning infant feeding recommended by the national and international health structures.

The internship was based on the theoretical framework of PENDER, using its reference for welfare, and approaching pediatric therapeutics in a way that not only each child but also their families are the focus of attention, in the sense that parents are the best carers, and establishing a partnership with them making this the best strategy to maximize welfare.

In the context of primary health care, I emphasize the study of the prevalence of breastfeeding and the instruments developed for Nursing Consulting which contributed to an effective work, based on a systematic and methodological approach to child and family in the context of breastfeeding, making it easier to detect the needs and planning the necessary care.

In a Pediatric Emergency, the preparation of a Procedures Manual for the child / family which was breastfed and a protocol regarding the manipulation of human milk, in order to standardize procedures and guarantee the quality of the milk while its being handled and administrated.

In Neonatology, the awareness of the staff regarding the administration of pasteurized human milk to preterm and sick children is a practical alternative to milk formula with numerous benefits. It is also a contribution to research in order to establish the prevalence of breastfeeding. In a professional context, the creation of «Space Breastfeeding» and the elaboration of a Guide to Good Practice Guidance for the child and family which was breastfed in the hospital context, dedicated to implementing an effective policy to promote and support the breastfeeding in the Department of Pediatrics and to interfere in the constraints of hospitalization in this practice.

The work method selected included a continuous analysis of observations during the internship; it was supported by professional experience and based on the available scientific evidence.

During the course of this project it was possible to demonstrate the ability to identify problems and make decisions, as well as the importance of selected actions and their applicability. As a conclusion, the defined objectives at the beginning of this project were achieved and they improved children health and personal development, it can be concluded that this was a valuable and significant project.

Key-Words: breastfeeding; promoting, protecting; supporting; Specialist Nurses in Pediatrics and Infants Health.

“O importante é não parar de questionar”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

É com satisfação que agradeço a todas as pessoas que colaboraram e contribuíram para tornar possível a conclusão deste trabalho. Foram tantas!

A todas as crianças e pais com que tive o privilégio de estar e ainda aqueles a quem vou encontrar no meu percurso.

*Às Sras. Enfermeiras que me orientaram nos diferentes módulos e que me ajudaram a crescer.
Obrigado.*

À Professora Elisabete Nunes pelo apoio prestado e orientação, pela sua disponibilidade e flexibilidade.

A todos aqueles que amo, em particular à família pelo apoio. Pais, mana, Pedro, “Princesas”...desculpem-me as ausências e o pouco tempo que vos tenho dedicado...adoro-vos.

Á minha mãe, um exemplo da capacidade de amar sem receber nada em troca.

Ao meu pai, pelo estímulo constante, desde pequenina...

A ti Vasco, companheiro incondicional destes momentos, obrigado. Todas as palavras seriam insuficientes....

Às colegas Sónia e Andreia. Foram umas companheiras fantásticas!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
BLH - Banco de Leite Humano
CECD - Centro de Educação para o Cidadão Deficiente
CHTV - Centro Hospitalar de Torres Vedras
CR - Castanheira do Ribatejo
DGCSP - Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direcção Geral de Saúde
EESIP - Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria
EPE - Entidade Pública Empresarial
HDE - Hospital D. Estefânia
IAC - Instituto de Apoio à Criança
ICN - International Council of Nursing
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
LM - Leite Materno
MAC - Maternidade Alfredo da Costa
MAMAmater - Associação de Aleitamento Materno em Portugal
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
ORL - Otorrinolaringologista
PNS - Plano Nacional de Saúde
REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RN - Recém-Nascido
SDR - Síndrome de Dificuldade Respiratória
SIP - Saúde Infantil e Pediatria
UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCP - Universidade Católica Portuguesa
UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
WABA - World Alliance for Breastfeeding Action
WHO - World Health Organization

AM - Aleitamento Materno
ed. - Edição
EE - Educação Especial
Enf. - Enfermeira
LHP - Leite Humano Pasteurizado

nº - Número

p. - Página

séc. - século

[s.d.] - Sem data

Sr^a - Senhora

Sr^o - Senhor

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UP - Urgência Pediátrica

vol. - Volume

1º - Primeiro

ÍNDICE

	Pg.
<u>0.INTRODUÇÃO</u>	12
<u>1. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA</u>	15
1.1 A importância do Aleitamento Materno	15
1.2 Promoção, Protecção e Suporte ao Aleitamento Materno	18
1.3 O EESIP e o Aleitamento Materno	19
1.4 Modelo de Promoção da Saúde e a Amamentação	21
<u>2. REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO EFECTUADO</u>	29
2.1 MÓDULO I – RECURSOS DA COMUNIDADE	30
2.1.1. Caracterização do C.EC.D Mira Sintra	30
2.1.2. Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas/Desenvolvidas	30
2.2. MODULO I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	33
2.2.1 Caracterização da Extensão Castanheira do Ribatejo	33
2.2.2 Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas/Desenvolvidas	33
2.3 MODULO III – HOSPITAL D. ESTEFANIA	43
2.3.1 Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica	43
2.3.2 Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas/Desenvolvidas.....	44
2.4 MODULO III – HOSPITAL D. ESTEFANIA	49
2.4.1 Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	49
2.4.2 Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas/Desenvolvidas	49
2.5 MODULO II – CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS	56
2.5.1 Caracterização da Unidade de Internamento Pediátrico	56
2.5.2 Análise Crítica dos Objectivos, Actividades e Competências Adquiridas/Desenvolvidas.....	56
<u>3. CONCLUSÃO</u>	61
<u>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	65
ANEXOS	77
ANEXO I - Caracterização do C.E.C.D de Mira Sintra	78

ANEXO II - Caracterização da Extensão Castanheira do Ribatejo	92
ANEXO III - Estudo Prevalência do AM na População Infantil da C.R. entre 2006-08	99
ANEXO IV - Instrumento de Recolha de dados para o Triénio 2009-2011	117
ANEXO V - Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil	121
ANEXO VI - Implementação do Formulário “Observação da Mamada” na Consulta	130
ANEXO VII - Manual de Procedimentos do <i>Cantinho da Amamentação</i> da Extensão C.R.	141
ANEXO VIII - Folheto Extração e Conservação de LM	178
ANEXO IX - Caracterização da Urgência Pediátrica do HDE	181
ANEXO X - Manual de Promoção e Apoio ao Aleitamento em Contexto de Urgência Pediátrica	186
ANEXO XI - Norma “ Bomba Extractora de Leite Humano”	223
ANEXO XII - Relatório da Formação “Bomba Extractora de Leite Humano”	229
ANEXO XIII - Caracterização da UCIN do HDE	254
ANEXO XIV - Certificado de Presença na Conferência “ <i>Hospitais Amigos dos Bebés</i> ”	258
ANEXO XV - Guião de Entrevista realizado à Sr. ^a Enf. Responsável pelo BLH da MAC	261
ANEXO XVI - Relatório da Entrevista e Visita ao BLH	264
ANEXO XVII - Relatório da Formação “ BLH: da doação de leite à administração aos bebés”	271
ANEXO XVIII - Desenho do Estudo de Investigação “Prevalência do AM na UCIN”	295
ANEXO XIX - Caracterização da Unidade de Internamento do Serviço de Pediatria do CHTV	312
ANEXO XX - Projecto “ <i>Cantinho da Amamentação</i> ”	317
ANEXO XXI - Requisitos de Instalação de um <i>Cantinho da Amamentação</i>	332
ANEXO XXII - Relatório da Visita efectuada a outros <i>Cantinhos da Amamentação</i>	336
ANEXO XXIII - Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem no Cuidar da Criança/Família Hospitalizada, em contexto de Aleitamento Materno	339
ANEXO XXIV - Folha de Recolha de Dados para os Indicadores do Projecto	415
ANEXO XXV - Espaço “ <i>Cantinho da Amamentação</i> ”	418
ANEXO XXVI - Posters de Divulgação do Projecto Afixados no Serviço	425
ANEXO XXVII - Relatório da Formação “ <i>Cantinho da Amamentação</i> : apresentação do projecto”	430

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pg.
FIGURA 1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	22

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório do 3º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa.

Este documento pretende demonstrar a minha capacidade para identificar/diagnosticar problemas, propor e desenvolver estratégias/soluções adequadas, reflectir e analisar criticamente as actividades desenvolvidas do seu ponto de vista teórico, ético e social mas também a capacidade para comunicar adequadamente as minhas conclusões. Ou seja, expor o meu percurso de formação realizado em três módulos distintos e transmitir as actividades nele implementadas, os objectivos subjacentes bem como as competências que no seu decurso foram adquiridas e/ou desenvolvidas, utilizando uma metodologia activa e reflexiva fundamentada e que muito contribuíram para o meu processo de auto-aprendizagem, para o meu desenvolvimento pessoal e desempenho profissional.

A temática central deste relatório prendeu-se com a Promoção, a Protecção e o Apoio ao Aleitamento Materno (AM) nos diferentes contextos da prática profissional, no âmbito das funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), não só por ser uma área de especial interesse pela qual nutro um grande carinho e à qual me tenho dedicado nos últimos anos mas também, por constatar diariamente através da minha experiência profissional, a inexistência de medidas concretas e efectivas que promovam, apoiem e suportem esta prática. No meu entender, promover o AM é o que mais se faz. No entanto, não há sucesso sem apoio e protecção. Ou seja, não basta apenas criar valores e comportamentos culturais favoráveis a esta prática, é também necessário criar condições para resolver os problemas que surgem (apoio) e cuidar para que nenhum obstáculo seja colocado no percurso da amamentação (protecção).

Além desta inquietação pessoal, a evidência científica disponível demonstra que apesar dos investimos nas últimas décadas em torno desta temática, as taxas de AM mantêm-se muito baixas e que as metas definidas pelas estruturas de saúde nacionais e internacionais em termos de orientações para a alimentação infantil, estão longe de serem alcançadas, demonstrando que muito há ainda por fazer (LEVY, 1994; GOMES e ROCHA, 1998; LEVY e BERTOLO, 2002; PORTUGAL, 2004).

Ao investirmos no AM, estamos a contribuir para ganhos em saúde, uma vez que beneficia a criança, a mãe, a família e a comunidade.

A amamentação é ainda um foco da prática de enfermagem (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (ICN), 2010) e o enfoque das intervenções na promoção, suporte e apoio ao AM responde a um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, contemplados pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE): *"na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (...)"*

(2001, p.12). A prestação de cuidados à criança/família em contexto de AM enquadra-se ainda, numa das funções do EESIP, pois a este compete "*promover a amamentação*" (OE, 2009, p.23).

Assim, no âmbito deste percurso formativo defini como objectivo geral:

❖ *Desenvolver competências de enfermagem avançada na assistência à criança/família em amamentação, através da promoção, suporte e apoio ao aleitamento materno, nos diferentes contextos da prática profissional, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP.*

A nortear todo este percurso, o Modelo de Promoção da Saúde de PENDER, que muito contribuiu para uma melhor compreensão e entendimento desta prática, orientando as minhas acções. Foram ainda vários os aspectos legais que tiveram uma presença paralela ao trabalho efectuado e que o guiaram, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro Especialista. Para suportar as estratégias implementadas recorri a bibliografia de âmbito nacional e internacional, salientando-se as recomendações da OMS (Organização Mundial de Saúde) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) relativamente à alimentação infantil, os protocolos elaborados pela *Academy Breastfeeding Medicine*, as orientações do curso de Formação de Formadores em Aleitamento Materno desenvolvido pela OMS e UNICEF e do Manual de Aleitamento Materno publicado pelo Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Hospitais Amigos dos Bebés e ainda as orientações contidas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

A metodologia de trabalho utilizada incorporou uma constante análise reflexiva das situações vivenciadas, da experiência profissional e da evidência científica existente, sendo possível ao longo do percurso realizado, demonstrar a capacidade para identificar problemas e tomar decisões assim como a importância das intervenções implementadas e da sua aplicabilidade em contextos tão específicos.

O estágio a que se reporta o presente relatório decorreu em três módulos. O módulo I integrou um período de observação em contexto de Recursos da Comunidade (de 19 a 21/04/2010) e outro em Cuidados de Saúde Primários (de 26/04/2010 a 19/06/10), o módulo III integrou as valências de Urgência Pediátrica (de 27/09/10 a 22/10/10) e Neonatologia (de 27/10/10 a 19/11/10), por último, mas não menos importante, o módulo II em Internamento Pediátrico em contexto profissional (de 22/11/10 a 28/01/11). Apesar de uma experiência profissional de cinco anos num Serviço de Pediatria, rico em situações de aprendizagem diversas que integra as valências de Urgência Pediátrica, Internamento médico e cirúrgico e Neonatologia, não solicitei a acreditação a qualquer um dos módulos, uma decisão pessoal e fundamentada na curiosidade e expectativa de enriquecer as minhas vivências através do contacto com a criança/família em diferentes contextos e do

conhecimento de outras realidades em termos de organização e métodos de trabalho, novas técnicas e tecnologias, entre outros aspectos, e assim enriquecer a minha aprendizagem.

A escolha dos locais de estágio baseou-se nas propostas apresentadas e protocoladas pela escola, conjugada com as minhas preferências pessoais. Especificamente o Centro de Educação ao Cidadão Deficiente (CECD) de Mira Sintra por ser uma instituição de apoio à criança/jovem deficiente, uma lacuna sentida no meu percurso profissional no cuidar da criança com problemas de desenvolvimento; o Hospital Dona Estefânia (HDE) para a realização do estágio de Urgência e Neonatologia, por se caracterizar como um hospital central e de referência a nível nacional no atendimento da criança/família e, o estágio em contexto profissional, no Centro Hospitalar de Torres Vedras (CHTV) onde desempenho funções actualmente, no sentido em que considerarei pertinente intervir no meu contexto de trabalho, conceptualizando e implementando um projecto novo e ao qual poderei dar continuidade.

De salientar que este percurso formativo assentou em conceitos que servem como base ao aperfeiçoamento profissional e que se relacionam com a individualização das especialidades e com o conceito de enfermeiro especialista e competências especializadas. O REPE define enfermeiro especialista como:

"o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade."
(alínea 3 do art. 4, DL nº 161/96 de 4 de Setembro).

O enfermeiro especialista é então:

"o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente" (OE, 2001, p.7).

O relatório apresenta-se estruturado da seguinte forma: numa primeira parte a introdução seguida da fundamentação teórica que sustenta a problemática central deste percurso, focando a importância do AM, a crescente preocupação ao longo dos anos com esta temática, o papel do EESIP na promoção, apoio e suporte ao AM e ainda a adaptação do Modelo de Promoção de Saúde à amamentação. Numa segunda fase, a caracterização dos locais de estágio, os objectivos definidos em cada um deles, as actividades desenvolvidas com a sua análise e reflexão, e por fim, a conclusão com a avaliação global do estágio, ou seja, os seus contributos em termos de ganhos em saúde mas também a importância deste percurso para o meu desenvolvimento e desempenho profissional.

1.FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

1.1 IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

A promoção, a protecção e o apoio ao AM são uma prioridade no que diz respeito à Saúde Pública em toda a Europa e no mundo (OMS, 2002). Baixas taxas de AM ou a cessação do mesmo podem ter implicações desfavoráveis importantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam no aumento das despesas do Serviço Nacional de Saúde, bem como no aumento das desigualdades na saúde (OMS, 1989).

Quando se fala em AM, insiste-se que é o leite apropriado para o recém-nascido (RN), que lhe fornece os melhores nutrientes, que está sempre disponível, pronto a ser consumido, à temperatura ideal, dizemos tudo o que o "povo" sabe. Mas o leite materno (LM) é muito mais do que isso.

"A sua composição complexa torna-o inimitável sob todos os pontos de vista; desempenha funções de alimento e medicamento com acção curativa e preventiva sobre um leque enorme de doenças da infância e na idade adulta e fornece todos os macro e micronutrientes necessários para que o ser humano cresça e se desenvolva física, intelectual e emocionalmente durante um dos períodos mais importantes da sua vida" (NETO, 2006, p.23).

Para a autora acima citada, o LM tem propriedades que o tornam único. Sob o ponto de vista de prevenção da infecção, o leite de uma mãe, é, na generalidade dos casos, o alimento de eleição para o seu filho. O LM é um simbiótico, uma fonte natural de pró e pré-bióticos que, só por si e independentemente de todas as outras substâncias que o compõem, constituem uma protecção contra doenças infecciosas e não infecciosas em todos os períodos da vida nomeadamente na idade adulta. É o alimento mais completo e é constituído por nutrientes que funcionam como defesas adequadas ao bebé, reforçando o seu sistema imunitário, protegendo-o de infecções, desnutrição, alergias, etc.

Actualmente, existe evidência científica suficiente para afirmar que as crianças que não usufruíram do LM apresentam mais doenças, de maior duração e mais graves quando comparadas com crianças que usufruíram dele. Parece que a alimentação com fórmulas aumenta o risco de morte súbita do lactente, a mortalidade pós neonatal durante o primeiro ano de vida nos países desenvolvidos e a mortalidade infantil nas crianças menores de 3 anos (CHEN e ROGAN, 2004).

Lactentes alimentados com fórmulas têm mais processos infecciosos e mais graves, que originam mais hospitalizações, quando comparados com crianças alimentadas exclusivamente com LM (LÓPEZ-ALARCON et al, 1997; REYNES et al, 1997; CUSHING et al, 1998; KRAMER et al, 2001). Ainda, maior nível de risco cardiovascular aos 13 anos e valores mais elevados de tensão arterial na idade adulta (SINGHAL et al, 2004; MARTÍN et al, 2005).

De igual modo, crianças de famílias com risco de alergia, quando não amamentadas, parecem desenvolver com mais frequência dermatites atópicas, problemas respiratórios e asma (GDALEVICH et al, 2001). Crianças não amamentadas desenvolvem uma resposta imunitária menor a vacinas e têm maior risco de sofrer de doença celíaca, doenças auto imunes e doença inflamatória intestinal, diabetes mellitus e alguns tipos de cancro como leucemias ou esclerose múltipla na idade adulta (FREUDENHEIM et al, 1994; HAWKES et al, 1999; HANSON, 2000; UKCHILDHOOD CANCER STUDY INVESTIGATORS, 2001).

Face aos benefícios individuais para a saúde infantil, a prática do AM acarreta menores custos em saúde e menor absentismo laboral dos pais, dado que as crianças adoecem menos.

Dados recentes revelam que crianças exclusivamente amamentadas regulam a sua ingestão de leite, quando comparados com crianças alimentadas com substitutos. Nestas, pode ocorrer um aumento de volume de ingestão para valores iguais ou superiores a 200 ml no mesmo período de tempo (OMS, 1994). Crianças amamentadas ganham menos peso e são mais magras no final do 1º ano de vida apresentando um crescimento diferente das crianças alimentadas com fórmulas.

As vantagens do AM alargam-se também ao aspecto económico, pois é menos dispendioso alimentar uma criança com o leite da mãe, face aos custos elevados da transformação do leite de vaca em fórmulas para lactentes e crianças (ALMEIDA, 1996). Os gastos com um RN alimentado exclusivamente com fórmulas, poderão ser cerca de 15 a 20 vezes superiores ao custo necessário para suplementar a dieta de uma mãe que amamenta exclusivamente nos primeiros 4 meses de vida (SILVA e FONSECA, 1997).

A utilização do leite de vaca para alimentação de lactentes e crianças em fórmulas implica também o consumo e desperdício de materiais e de recursos naturais. O processo de transformação do leite de vaca em fórmulas de alimentação infantil requer elevado consumo de energia (o leite necessita de ser aquecido a temperaturas que rondam os 160º). Produtos como alumínio, papel, plástico, vidro e borracha usados nas latas de fórmulas, biberões e tetinas não são totalmente recicláveis. Gastos de energia e água têm também que ser contabilizados na preparação e esterilização de biberões e utensílios usados na alimentação artificial (MAIA, 2007). O leite materno é talvez o único alimento produzido e entregue ao consumidor sem poluir, sem provocar desperdícios e sem necessitar de embalagem, encontrando-se à temperatura ideal e sempre pronto.

O acto de amamentar favorecesse ainda o contacto directo entre a mãe e o bebé, reforçando o estabelecimento de vínculos afectivos, que vão ajudar no desenvolvimento físico, emocional e social do bebé/criança. GOMES-PEDRO refere que:

"(...) o comportamento do filho induz estádios maternos susceptíveis de provocar uma maior ejeção de leite" na mãe, fornecendo à amamentação "(...) evidências biológicas e psicológicas, hoje também conhecidas através da investigação, e que explicam muita da fenomenologia dos

primórdios da vinculação" (1999, p.143). Quando uma mulher amamenta "(...)está inequivocamente a estimular um reflexo de sucção indispensável ao desencadeamento de uma cascata de mecanismos que geram, em última instância, comportamentos vinculadores" (p.145) e a efectuar estratégias de estimulação precoce logo nas primeiras mamadas do seu filho.

Para BOWLBY (1984), os bebés comportam-se de maneira especial em relação aos seres humanos, do mesmo modo que as mães também são propensas a comportar-se de modo especial em relação aos bebés. Quando a mãe aconchega o bebé ao colo para o amamentar estabelece-se um contacto visual face a face e uma oportunidade de o bebé usar a boca, as mãos e os pés para se agarrar à mãe. De uma forma recíproca inicia-se a interacção entre a mãe e o seu bebé. ALMEIDA (1996) salienta a importância do contacto físico, da qualidade e do "timing" das transacções entre mãe e bebé durante a mamada. Para esta autora "o sucesso do aleitamento materno influencia a auto estima materna e o bem-estar do bebé, proporcionando experiências gratificantes à díade" (1996, p.24). Ao proporcionar um momento único de contacto físico íntimo, a amamentação assegura não apenas a sobrevivência da criança, mas contribui para uma melhor vinculação e mais segura ligação entre mãe e filho. " (...) Após o estabelecimento do vínculo, este é poderoso e a sua qualidade influenciará também a qualidade dos vínculos futuros da criança" (GALVÃO, 2005, p. 16).

No entanto, apesar de todas estas vantagens da amamentação e dos riscos inerentes à alimentação artificial, a história do seu percurso mostra-nos nem sempre foi valorizada socialmente e que incomodava a vida social das mulheres de classes superiores ou dificultava a sobrevivência das classes inferiores. No séc. XVII e XVIII esse acto era repugnante entre os aristocratas e burgueses, pelo que surgiram as amas-de-leite. No entanto, as elevadas taxas de mortalidade infantil na época, levaram posteriormente ao incentivo do aleitamento materno, como finalidade de aumentar a sobrevivência das crianças.

Há cerca de 200 anos (séc.XIX) surgiram as primeiras regras normalizadoras da amamentação para serem seguidas pelas mães, para que estas obtivessem sucesso nesta prática, tendo surgido aqui, o termo "leite fraco" (BADINTER, 1985). Segundo COSTA (2007), os designados modelos higienistas sabiam promover o aleitamento materno, mas não sabiam apoiá-lo: " jogavam sobre a mulher, toda a culpa do aleitamento materno" (p. 23).

Tal como a amamentação, o poder parental também sofreu vicissitudes ao longo dos séculos. Se até ao final do séc. XVIII, a família era rígida pela autoridade paterna, onde se pretendia a mulher em casa para cuidar dos filhos e marido e onde todos os deveres/cuidados relacionados com os filhos permaneceram centrados na figura materna; a partir do séc. XX, as mulheres passaram a rejeitar estes "sacrifícios". Hoje, na sociedade contemporânea, as mulheres estão maioritariamente inseridas na vida activa, não doméstica, questionam a divisão sexual do trabalho e tentam mudar o comportamento dos homens (COSTA, 2007).

Acrescido a estas mudanças, o crescimento no séc. XX das indústrias produtoras de fórmulas infantis e o facto da Medicina Pediátrica advogar a ideia de que o LM precisava de complemento contribuiu

para o surgimento de mitos em torno do AM. Muitas mães, por falta de informação, deixaram de amamentar os filhos, julgando que assim estavam a fazer o melhor para os seus bebés. Ideias como o leite é fraco e aguado continuam a vencer a ciência, segundo a qual o AM é o melhor para a saúde das crianças.

Todas estas alterações, prendem-se com os valores sociais em relação à maternidade, à sexualidade, à emergência de novos padrões de família e aos movimentos de emancipação da mulher, dos quais dependem também, as condições socioculturais para a prática do AM (BADINTER, 1985).

Assim, o acto aparentemente simples e "instintivo" de amamentar, outrora intergeracional entre a população feminina, não tem sido por si só, suficiente para que se estabeleça uma amamentação de sucesso. Além do mais, a amamentação nem sempre é um processo fácil e livre de dificuldades, requerendo portanto, aprendizagem.

1.2 PROMOÇÃO, PROTECÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

Na década de 70, quando as taxas de AM alcançaram os níveis mais baixos da história da humanidade começaram a surgir alguns trabalhos internacionais que questionavam a qualidade de vida das crianças desmamadas precocemente. Iniciou-se então um movimento internacional para resgatar a "cultura da amamentação".

A partir da década de 90, proliferaram as investigações sobre esta temática, nomeadamente na comunidade científica brasileira. O retorno ao hábito de amamentar é portanto, um fenómeno recente.

A necessidade de promover esta prática, levou em 1989, a OMS e a UNICEF, a lançarem uma declaração conjunta denominada Declaração de INNOCENTI, para Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis. Para estas organizações " (...) *as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e recém-nascidos, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação*" (WHO/UNICEF, 1989, p.4) pelo que, cabe aos profissionais de saúde dos serviços materno infantis liderar um processo para manter ou restabelecer se necessário, uma cultura de AM. Na Declaração de INNOCENTI encontram-se relatadas dez medidas importantes para o sucesso do AM, conhecidas como os "10 passos". Eles são a base da *INICIATIVA HOSPITAIS AMIGOS DOS BEBÉS*, e constituem os critérios que os hospitais devem por em prática para serem considerados como tal. Estudos recentes indicam uma associação significativa entre o abandono do AM exclusivo e o nascimento fora de um Hospital Amigo das Crianças (VANNUCHI et al, 2004).

Em Maio de 1992 foi criada em Portugal a *COMISSÃO NACIONAL INICIATIVA HOSPITAIS AMIGOS DOS BEBÉS*. Entre as diversas actividades realizadas incluem-se a divulgação das dez medidas nos

estabelecimentos de saúde com maternidade e serviços pediátricos, a realização de vários cursos de formação em AM e a edição e divulgação de um *Manual de Aleitamento Materno*.

Mais recentemente, em 2004, foi criada a Associação de Aleitamento Materno em Portugal (MAMA Mater), a qual promove encontros de Conselheiros em Aleitamento e criou os "Cantinhos da Amamentação" que se têm estendido a muitos Centros de Saúde e Hospitais a nível nacional, uma iniciativa coordenada pela Direcção Geral de Saúde (DGS).

Em Portugal, o Ministério da Saúde, no Plano Nacional Saúde (PNS) - Orientações Estratégicas para 2004-2010, nas suas orientações relativas a "*nascer com saúde e crescer com segurança*", alerta para a importância que deve ser dada ao AM, e encara esta medida como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais.

O documento Plano Nacional de Saúde - Prioridades para 2004-2010 - Mais Saúde para todos, define um período de 6 meses de duração do AM como meta prioritária para 2010.

A amamentação é ainda definida como um foco da prática de Enfermagem (ICN, 2010), sendo a sua promoção até pelo menos aos três meses de vida, encarada como uma intervenção de enfermagem na promoção da saúde e bem-estar da criança, pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). Ainda para esta entidade, o número de crianças alimentadas com LM até aos três meses de vida é um indicador de qualidade da saúde da criança.

Recentemente a DGS criou o Observatório do Aleitamento Materno, organismo instalado em alguns "Cantinhos da Amamentação" e que tem como função a recolha e disponibilização de dados sobre o aleitamento.

1.3 O EESIP E A AMAMENTAÇÃO

Apesar de toda a evidência científica que suporta esta prática e de todas as recomendações e investimentos nas últimas décadas, os indicadores traduzem-nos uma realidade distante das metas preconizadas pelas estruturas de saúde nacionais e internacionais em termos de orientações para a alimentação infantil. Ora vejamos:

Segundo dados da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGSCP), em 1985, "*(...) a prevalência do aleitamento materno em Portugal era de 95% à nascença, ao mês [de vida] de 50%, aos 3 meses de 33% e aos 6 meses de 11%*" (LEVY 1994, p.193).

Um estudo efectuado no Serviço de Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta em 1994, para avaliar a prevalência do AM nos primeiros seis meses de vida, constatou que 85,6% das mães amamentaram até ao primeiro mês de vida, 41,8% até aos três meses e apenas 22,2% até ao sexto mês de vida (GOMES e ROCHA, 1998).

Um estudo de LEVY e BÉRTOLO, concluiu que "*(...) quase metade das mães desiste de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte (...) não consegue*

cumprir o seu projecto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação” (2002, p.7).

Também o estudo “Uma observação sobre o aleitamento materno”, indica que só 22% das mães amamentam em exclusivo e apenas até aos três meses (ONSA 2003, cit. por PORTUGAL, 2004, p.54).

Numa perspectiva Mundial, e apenas a título ilustrativo, tendo como referência um estudo realizado no âmbito da região europeia da OMS, Portugal estaria eventualmente numa posição intermédia/baixa na ordenação de alguns países europeus, segundo a prevalência do AM nas crianças até aos 3 meses de idade, inclusive (WHO, 1991). É importante no entanto salientar que as comparações acerca da prática do AM em diferentes países não podem ser lineares atendendo a diversos factores como biológicos, demográficos socioculturais e económicos, educacionais, psicológicos e culturais, entre outros (WHO/UNICEF, 1989).

Aliada a estes resultados, a minha experiência profissional permite-me afirmar que o AM não se encontra totalmente promovido, protegido e apoiado nas instituições de saúde e pelos seus profissionais. As rotinas e procedimentos hospitalares e de outros contextos nem sempre favorecem o estabelecimento e a manutenção desta prática, representando por vezes obstáculos à sua iniciação e continuação, o que faz com que as mães abandonem precocemente a amamentação, muitas vezes por se confrontarem com dificuldades sem que antes tivessem a possibilidade de as solucionar. Assim, apesar de sabermos que:

“a decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe; o sucesso do aleitamento materno depende dela, do recém-nascido e da intervenção segura e confiante dos médicos e enfermeiras no acompanhamento e apoio à prática da amamentação. Esta vontade colectiva e institucional e uma acção coerente, partilhada e bem aceite por todos, são condições essenciais para o êxito” (MOLEIRO et al, 2004, p.113).

Ou seja, a capacidade de uma mãe otimizar o AM ao seu bebé, depende em grande medida, do ambiente onde ela está inserida. Enfermeiros dos serviços de Obstetrícia, incluindo Blocos de Partos, Serviços de Neonatologia e Pediatria têm especiais responsabilidades no sentido em que a sua intervenção junto das mães e familiares tem um papel decisivo no sucesso da amamentação. Importa por isso que estes serviços estejam dotados de profissionais com formação avançada em AM, capazes de efectivamente apoiar esta prática. Isto porque, uma boa actuação no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação requer não apenas conhecimentos sobre AM, mas também habilidades clínicas e de aconselhamento (GIUGLIANI, 2000). O aconselhamento em amamentação implica ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, saber ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio. É importante que as mães sintam o interesse do profissional de saúde para adquirirem confiança e se sentirem apoiadas.

É neste âmbito, que o EESIP, pelo seu entendimento profundo sobre as respostas da criança/família aos processos de vida e problemas de saúde, com os seus conhecimentos e competências

especializadas e pela sua proximidade com a criança/família deve intervir, incentivando e promovendo o AM através de informação e aconselhamento, mas também, criando condições para resolver os problemas que surgem (apoio) e cuidar para que nenhum obstáculo seja colocado no percurso da amamentação (protecção). Cabe-lhe a ele, ser capaz de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família em contexto de AM, efectuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia. Além do mais, através do seu papel central no seio da equipa, detém uma posição privilegiada no sentido de agir como promotor da implementação e adopção de práticas favoráveis.

Assim, enquanto especialistas no cuidar da criança/família, enquanto peritos, devemos ser os primeiros a manifestar compreensão sobre o quanto a experiência de ser mãe/pai se revela como um dos principais, importantes e desafiadores papéis na vida de um indivíduo e intervir nos processos de transição, capacitando e apoiando os pais para usufruírem em pleno a sua parentalidade, sendo a amamentação um dos focos de atenção de forma a garantir à criança este direito. Estamos assim, a produzir ganhos em saúde.

1.4 MODELO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E A AMAMENTAÇÃO

Tendo em consideração que enquanto enfermeiros temos um papel fundamental na implementação de um "Início de vida saudável" (OMS, 2002), cabe-nos a nós compreender pormenorizadamente este foco de atenção e toda a sua problemática de modo a que possamos desenvolver, in loco, práticas de excelência, cada da vez mais aperfeiçoadas, adequadas e contextualizadas em Saúde Infantil.

Considereei relevante intervir neste foco de atenção com base no Modelo de Promoção da Saúde desenvolvido por Nola J. Pender. É um modelo de médio alcance, simples e generalizável que pretende descrever a natureza multifacetada das pessoas em interacção com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde. É muito relevante para a prática de enfermagem, aplicando-se em diversos contextos e ao longo do ciclo vital e, na minha opinião, de fácil transposição para esta temática, o que facilita o seu entendimento e compreensão, predizendo e explicando os seus determinantes e dando-nos pistas para agir. A existência de um referencial teórico não só orienta e melhora a nossa prática como é "um excelente instrumento para explicar e prever. Dá forma as perguntas e permite um exame sistemático de uma sequência de acontecimentos" (BENNER, 2001, p.32). As teorias /modelos de enfermagem são necessários à prática, sendo instrumentos que fundamentam o cuidar ao indivíduo, família e comunidade, visto que cada ser humano necessita de assistência individualizada. São assim fundamentais para sistematizar e orientar as nossas acções.

A prática do AM apenas é consolidada quando a mãe toma a decisão de amamentar, estando o seu sucesso, dependente disso. Apenas conhecendo aquilo que está na base dessa tomada de decisão

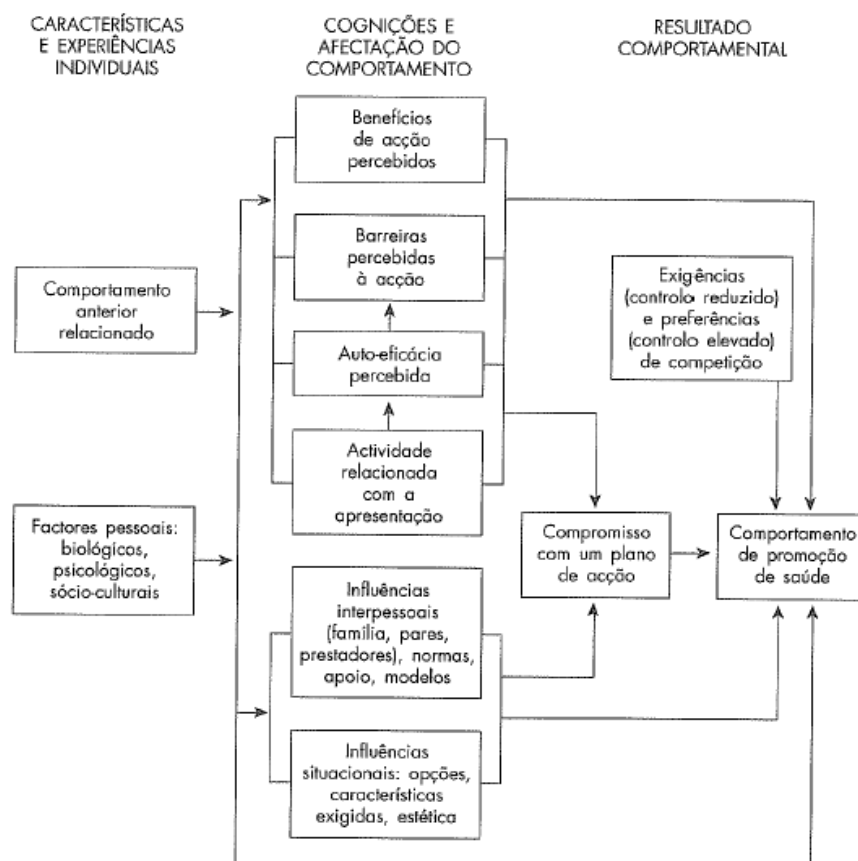
da mulher é possível actuar em conformidade através de estratégias de promoção, protecção e apoio adequadas.

Para PENDER, a promoção da saúde é vista como um conjunto de actividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa e o termo saúde:

"(...) visto sob os aspectos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração a idade, raça e cultura, numa perspectiva holística". (PENDER, 2002, cit. VITOR et al, 2005, p. 238).

O referencial teórico mencionado engloba os componentes envolvidos na prática do AM cujos propósitos são avaliar os comportamentos que levam à promoção da saúde, de acordo com três componentes que estão representados graficamente no diagrama.

Figura 1: Modelo de Promoção da Saúde de PENDER, 1996



Fonte: TOMEY e ALLIGOOD – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: modelos e teorias de enfermagem, 2002, p. 703.

Os componentes estão subdivididos em variáveis, que se apresentam da seguinte forma (TOMEY e ALLIGOOD, 2002):

❖ Características e experiências individuais:

Compreende o **comportamento anterior**, que se refere a comportamentos semelhantes do passado e que podem condicionar o comportamento actual ou o comportamento que deve ser mudado e, os **factores pessoais**, que são divididos em factores *biológicos* (idade, índice de massa corporal, agilidade); *psicológicos* (auto-estima, auto-motivação, estado de saúde percebido e a definição pessoal de saúde) e *socioculturais* (raça, etnia, aculturação, educação e estatuto socioeconómico).

❖ Cognições e afectações do comportamento:

Compreende **os benefícios da acção percebidos**, ou seja, os resultados positivos antecipados que decorrem de um comportamento de saúde ou as representações mentais positivas que reforçam as consequências de adoptar um comportamento; **as barreiras para acção**, percepções/bloqueios negativos antecipados, reais ou imaginários sobre um comportamento, são vistas como dificuldades e custos pessoais de ter um determinado comportamento; **auto-eficácia percebida (competência)**, julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar acções ou um determinado comportamento e que influencia as barreiras percebidas; **sentimentos em relação ao comportamento**, reflecte uma reacção emocional directa ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável, ou seja, sentimentos negativos ou positivos que ocorrem antes, durante e após o comportamento e que influenciam a auto-eficácia percebida; as **influências interpessoais**, o comportamento pode ser influenciada pelos conhecimentos relativos aos comportamentos dos outros, como, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais e as **influências situacionais**, o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde.

Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento são modificáveis através das intervenções de enfermagem.

❖ Resultado do comportamento

Abrange o **compromisso com um plano de acção**, ou seja, a intenção e identificação de uma estratégia planeada que conduz a um comportamento de saúde, acções que possibilitem o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem; **exigências imediatas e preferências**, as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um alto controle sob as acções de mudança de comportamento; **comportamento de promoção da saúde**, resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde.

Transpondo os conceitos deste modelo para a prática da amamentação, relativamente às **características e experiências pessoais:**

Comportamento anterior - se a mãe já teve outros filhos e se os amamentou e como foi a sua vivência nesse processo. Teve sucesso? Estudos indicam que as mulheres que nunca amamentaram têm menos probabilidade de vir a ter sucesso, ou seja, a experiência da amamentação em filhos anteriores contribui positivamente para a manutenção do AM (LYON et al, 1981; BIRENBAUM et al, 1989; VICTORA et al, 1990; GIUGLIANI et al, 1992; CALDEIRA et al, 2007).

Factores pessoais - dentro dos *biológicos* destacam-se a idade, a primiparidade e a anatomia da mama. Estudos indicam que mães jovens, como adolescentes, amamentam menos (ALMEIDA SANTOS et al, 1988; BIRENBAUM et al, 1989; GROSSMAN et al, 1990; RYAN et al, 1991; GUISE et al, 2003), assim como as mulheres primíparas estão associadas a taxas de abandono do AM mais elevadas e mais precoces (MARTINEZ e NALEZIENSKI, 1981; FORD e LABBOK, 1990; RYAN et al, 1991). Em relação à anatomia da mama e apesar das orientações provenientes das entidades internacionais (OMS/UNICEF, 1997) defenderem que a amamentação é possível em qualquer tipo de mama/mamilo, na prática, constata-se que a presença de mamilos planos e/ou invertidos dificulta por vezes, uma correcta adaptação do bebé à mama, contribuindo para a introdução de suplemento.

Nos *psicológicos*, o estado emocional da mãe e a motivação são alguns dos factores que influenciam de forma positiva ou negativa esta prática. O auto-conceito positivo oferece um clima psicológico encorajador para a amamentação. Em contrapartida, emoções como tristeza, baixa auto-estima e falta de auto-controlo, raiva, frustração e insegurança podem ser prejudiciais. Aliás, o stress/ansiedade é conhecido como o pior inimigo da amamentação, inibindo directamente a prolactina, hormona responsável pela produção de leite (OMS/UNICEF, 1997).

Nos *sócio-culturais*, destaco a etnia, a educação e o meio social. Estudos recentes indicam que a etnia é um dos factores que mais influencia a amamentação e que as mulheres caucasianas têm mais probabilidade de deixar de dar de mamar do que as mulheres não caucasianas (KISTIN et al, 1990; RYAN et al, 1991, REA, 1994). Relativamente à escolaridade, mães com elevado grau de escolaridade (licenciatura) têm taxas de abandono de AM significativamente inferiores (JACOBSON et al, 1991; RYAN et al, 1991) assim como as mulheres provenientes dos meios urbanos encontram-se de forma global, mais motivadas que as do meio rural (NELAS et al, 2008).

Relativamente aos **conhecimentos e sentimentos próprios dos comportamentos** que exercem motivação e são modificáveis através de intervenções de enfermagem:

Benefícios de acção percebidos - um dos factores associados à interrupção precoce da amamentação diz respeito à falta de conhecimentos maternos sobre o assunto, ou seja, a existência de informação prévia sobre AM é um factor determinante no sucesso desta prática (GIUGLIANI et al, 1995; SANDES et al, 2007) pelo que, se intervirmos no sentido de informar, esclarecer e aconselhar a mulher/família relativamente às vantagens e à importância do LM, focando os riscos da alimentação artificial, estamos a fornecer-lhe as condições necessárias para uma tomada de decisão fundamentada em dados correctos e válidos. Além do mais, é importante, que a mãe/pai

compreendam o valor desta prática, no sentido em que as pessoas comprometem-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios valorizados.

Barreiras percebidas - as dificuldades e custos pessoais imaginários ou reais que a mulher possa ter sobre esta prática relacionam-se muito com crenças e mitos existentes em torno da amamentação (como por exemplo “ *o meu leite é fraco ou insuficiente*”; “*o meu bebé não fica satisfeito*”; “*o bebés que ingerem leite de fórmula crescem mais rápido*”, “*amamentar provoca dores e estraga o peito*”) e fazem parte duma construção como herança sociocultural, determinando diferentes significados do AM para a mulher. PEREIRA (2006) aponta os mitos e a falta de informação e de apoio por parte da família e da sociedade como as principais causas do desmame precoce e impute aos profissionais de saúde a principal responsabilidade pelo sucesso do AM. Além de desfazer os mitos, MAIA (2007), refere que é importante ajudar as mães a estabelecerem expectativas realistas sobre AM, no sentido em que “ *uma visão romântica da amamentação poderá originar uma rejeição perante o aparecimento das primeiras dificuldades*” (p. 51). Ao desmistificarmos estas ideias e intervirmos no sentido de aumentar a confiança da mãe relativamente a esta prática, contribuímos para reduzir as barreiras percebidas.

Auto-eficácia percebida - sendo esta a avaliação pessoal da capacidade de realizar determinado comportamento de promoção de saúde, diz respeito à competência percebida pela mãe em termos da capacidade para alimentar o seu filho. Neste sentido, o apoio prático prestado ao nível das técnicas de amamentação e na resolução de desconfortos que possam surgir no decorrer desta prática são fundamentais para aumentar a auto-eficácia percebida.

GUISE et al (2003), apontam para o facto das intervenções de apoio na resolução de problemas durante o estabelecimento da lactação e o treino de competências neste período (posição e pega correctas, por exemplo) aumentarem a iniciação e duração do AM até aos 6 meses. Desta forma, quanto maior a competência percebida pela mãe, maior a probabilidade do compromisso com a acção e o desempenho real do comportamento.

Actividade relacionada com a apresentação - os sentimentos positivos ou negativos que a mãe experiencia durante o acto de amamentar, influenciam em muito a competência percebida, pelo que valorizar as sensações e a opinião das mães enquanto amamentam é fundamental. Para tal, é necessário um conjunto de competências de comunicação tais como o estabelecimento de uma relação de ajuda e escuta activa assim como demonstração de interesse genuíno e respeito pelo ser único que cada mulher é, mas também, e tal como referido anteriormente, competências para prestar apoio prático de forma a intervir nalgumas dificuldades/problemas como por exemplo mamilos gretados ou mastite, evitando assim, o aparecimento de desconfortos e conseqüentemente sentimentos desagradáveis que possam conduzir ao abandono desta prática (DUFFY et al, 1997; INGRAM, 2002; PEREIRA et al, 2008). De facto, uma boa técnica de amamentação é fundamental para o seu sucesso, garantindo a retirada efectiva do leite pela criança e prevenindo traumas nos

mamilos. Assim, e no sentido em que emoções ou sentimentos positivos associados aumentam a probabilidade deste comportamento, é fundamental intervir para que esta prática seja gratificante para a díade e proporcione sentimentos de prazer e bem-estar.

Influências interpessoais - relacionam-se com os conhecimentos que a mãe detém sobre os comportamentos/attitudes e crenças relativamente à amamentação de pessoas significativas tais como a família e amigos, mas também dos profissionais de saúde e que influenciam positiva ou negativamente o seu próprio comportamento. As pessoas comprometem-se e adoptam comportamentos de promoção da saúde mais facilmente quando observam esse comportamento nas pessoas que lhe são significativas e se estas o esperam de si e lhe prestam a ajuda e apoio necessários. Neste sentido, NAKANO et al (2007), afirmam que no âmbito do AM, é preciso ultrapassar o nível da díade mãe-bebé e tomar como alvo a família. A importância desta e das referências sociais para a mulher que amamenta estão bem documentadas na literatura, principalmente aquela que se refere aos papéis desempenhados pelo pai e pelas avós e à influência que exercem tanto na decisão de amamentar como mais tarde no seu apoio (AMARAL et al, 1979; BRANGER et al, 1998). Além destes aspectos, crescer num ambiente onde é frequente ver mulheres a amamentar, especialmente na mesma família ou grupo social é uma forma importante através da qual, as meninas e adolescentes, desenvolvem atitudes positivas em relação à amamentação (WHO/UNICEF, 1989), estando assim, mais propensas a repercutir esse comportamento no futuro. Relativamente ao papel do pai, estudos recentes evidenciam a influência da atitude e do papel deste durante este processo nomeadamente na sua incidência e duração (BEVAN et al, 1984; BLACK et al, 1990; FREED et al, 1993; LOSCH et al, 1995; SCIACCA et al, 1995).

Além destas influências, também os profissionais de saúde e as suas intervenções em matéria de AM têm sido objecto de estudo. A maior parte dos autores sublinha a atitude negativa, falsamente neutra ou indiferente do pessoal de saúde e a sua responsabilidade no declínio da amamentação, parecendo mesmo que tal posição é um dos factores de maior influência neste declínio (FONSECA, 1999). Esta atitude é no entanto condicionada, ou fortemente influenciada, pela qualidade -por vezes ausência - da formação neste domínio. As mães e suas famílias necessitam que os enfermeiros sejam capazes de as ajudar a desempenhar o seu papel o melhor possível, a tomarem decisões conscientes e com base na evidência, de modo a terem a maior satisfação possível com os cuidados de enfermagem e oportunidade de se desenvolverem nos seus novos papéis. Se a mãe perceber que está envolvida por técnicos que valorizam a amamentação, que promovem e apoiam esta prática, mais facilmente opta por amamentar. De salientar que a relação terapêutica intencional e orientada é o meio através do qual podemos, enquanto enfermeiros, exercer influências interpessoais para a melhoria da adesão a esta prática.

Influências situacionais - estas influências relacionam-se com o facto de uma dada situação ou contexto, facilitar ou dificultar a amamentação e com a percepção pessoal da mulher sobre as opções disponíveis. Por si só, e pelas suas próprias características, o ambiente impessoal e não-familiar do hospital é à partida uma barreira ambiental para a manutenção desta prática. Ademais, a

hospitalização é geradora de ansiedade, preocupação e stress, pelo que as práticas adoptadas pelos profissionais nos serviços de saúde desempenham assim um papel fundamental na promoção e no apoio à amamentação. Estes, mesmo involuntariamente, contribuem frequentemente para o declínio desta prática (PÉREZ-ESCAMILLA et al, 1994), seja por não apoiarem e estimularem as mães a amamentar, seja por introduzirem rotinas e procedimentos que interferem com o normal estabelecimento do AM (WHO/UNICEF, 1989). Os profissionais de saúde que actuam nos hospitais pediátricos e nas maternidades assumem uma posição estratégica no espaço social das mulheres como reguladores da prática do aleitamento, baseados num corpo de conhecimento científico centrado nos benefícios imunológicos, nutricionais, emocionais e sociológicos para a saúde do bebé. A existência de profissionais com formação avançada em aconselhamento em AM, a colocação do bebé à mama na primeira hora de vida, a promoção do alojamento conjunto e da sucção não nutritiva, a não utilização de chuchas e tetinas artificiais e a existência de um local e equipamento para extracção de leite com bomba quando o bebé não pode ser amamentado, são algumas das estratégias que ao serem implementadas nos serviços de saúde contribuem para um ambiente favorável a esta prática, facilitando o seu estabelecimento e manutenção (WHO/UNICEF, 1989).

Estudos comprovam mesmo uma associação clara entre a administração de suplementos ao bebé durante a hospitalização e o desmame precoce, assim como o nascimento num Hospital Amigo dos Bebés e uma maior duração do AM, traduzindo a importância das práticas adoptadas para a amamentação (VANNUCHI et al, 2004). Ainda, o uso indiscriminado de suplementos e tetinas artificiais contribui negativamente para esta prática, no sentido em que é menos provável que o compromisso com um plano de acção resulte no comportamento desejado quando outras acções são mais atraentes.

As **exigências de competição imediatas** referem-se a comportamentos alternativos sobre os quais a mãe/família tem pouco controlo devido a contingências como por exemplo, a separação mãe/bebé quando o bebé necessita de cuidados especiais ou quando, por alguma razão, o bebé não consegue ou não pode mamar. As **preferências de competição** são os comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem maior controlo, como por exemplo a administração de leite por biberão permitindo um maior controlo da parte da mãe sobre a quantidade de leite ingerida pelo bebé.

Todos estes factores são preditivos do comportamento amamentar e vão conjuntamente conduzir ou não a um compromisso da mãe/família com um plano de acção em prol do AM. Como profissionais de saúde devemos esforçar-nos no intuito de conhecer os factores favoráveis ou desfavoráveis que exercem influência nesta prática e com base nisso, preservá-los ou minimizá-los respectivamente assim como identificar aqueles com maior potencial de intervenção, ou seja, aqueles que podem ser modificáveis tais como as políticas de saúde, as práticas hospitalares ou a educação dos pais (GRAY-DONALD et al, 1985). Ao aplicarmos o processo de enfermagem, temos necessariamente de ter em conta todos estes factores e este modelo poderá ajudar-nos. A colheita de dados ou avaliação inicial deve ser orientada de modo a obtermos o maior conhecimento possível sobre a mãe e o

contexto familiar e social onde ela se insere. Importa conhecer o seu conceito de saúde e de doença, as suas crenças, a importância que atribui à amamentação e o seu passado, as suas crenças de auto-eficácia relativamente a esta prática, as barreiras percebidas à adopção do comportamento desejado, avaliar o seu conhecimento sobre AM e avaliar a sua capacidade para amamentar mas também conhecer o seu sistema familiar, o papel da mulher na família e as redes sociais de apoio. Só com a realização de uma colheita de dados completa e detalhada será possível identificar correctamente os problemas e planear as intervenções mais adequadas a cada criança/família.

As intervenções de enfermagem, em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, serão essencialmente do tipo educar, ensinar, instruir e treinar. O planeamento e implementação das intervenções prescritas, será adaptado às necessidades e características específicas de cada mulher/criança/família, aos objectivos que pretendemos atingir e com os quais a pessoa se deverá também comprometer, de modo a aumentar os benefícios percebidos, diminuir as barreiras percebidas ou dificuldades antecipadas pela pessoa para aderir, melhorar a auto-eficácia percebida e otimizar as influências interpessoais e situacionais criando condições favoráveis à adesão. O sucesso das intervenções está fortemente ligado à persistência e continuidade das mesmas.

Reportando-me ainda a este modelo, a relação terapêutica será o meio através do qual podemos, enquanto enfermeiros, exercer influências interpessoais favoráveis à amamentação. Assim é fundamental estabelecer uma relação terapêutica intencional e orientada para a melhoria da adesão à amamentação, integrando os conhecimentos e competências adquiridas pela via da formação pessoal e profissional nomeadamente a formação inicial, a formação ao longo da vida e os conhecimentos e competências adquiridos através da investigação.

2. REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

Neste capítulo descrevo o objectivo geral deste percurso formativo, os específicos de cada módulo de estágio, as actividades desenvolvidas para dar resposta aos mesmos, a fundamentação da sua pertinência e ainda os resultados obtidos, não só em termos de ganhos em saúde mas também no desenvolvimento de competências adequadas a um EESIP.

Assim, no âmbito deste percurso formativo defini como objectivo geral e transversal:

❖ DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM AVANÇADA NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA/FAMÍLIA AMAMENTADA, ATRAVÉS DA PROMOÇÃO, SUPORTE E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO, NOS DIFERENTES CONTEXTOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL, NO ÂMBITO DAS FUNÇÕES ATRIBUÍDAS AO EESIP.

Este objectivo é pertinente no sentido em que o AM constitui a melhor forma de alimentação da criança, sendo um alimento completo e ideal nos primeiros anos de vida com inúmeros benefícios já descritos anteriormente. Apesar da evidência científica assim o dizer, a OMS (2002) estima que em todo o mundo apenas um terço dos lactentes sejam alimentados exclusivamente com LM nos primeiros quatro meses de vida. Em Portugal, os estudos realizados (LEVY, 1994; GOMES e ROCHA, 1998; LEVY e BÉRTOLO, 2002; PORTUGAL, 2004, entre outros), sugerem que a maioria das mães decide amamentar, no entanto, a duração e o conseqüente abandono do AM parece ser o principal problema da sua prática, verificando-se que os números da realidade portuguesa se encontram negativamente afastados das recomendações da OMS/UNICEF para a alimentação infantil, que preconizam o AM exclusivo até aos seis meses de vida e complementado com outros alimentos até pelo menos aos dois anos de idade.

A verdade é que, o simples acto natural de amamentar nem sempre é fácil e isento de complicações. Requer técnica e aprendizagem, pelo que os profissionais de saúde têm um papel decisivo no sucesso da amamentação proporcionando as condições ideais para a sua prática e para que cada família alcance o seu projecto de aleitamento (ALMEIDA, 1996). Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS, *"tendo em conta a importância da amamentação como processo natural de alimentar o bebé, e os conseqüentes ganhos em saúde para a criança e para a mãe, é responsabilidade dos enfermeiros (...) apoiar esta prática, contribuindo, assim, para aumentar a taxa de aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida"* (2010, p.10).

Assim, para garantir o direito que a criança tem ao AM, é fundamental que o EESIP desempenhe um papel activo neste processo pois cabe-lhe *"assistir a criança com a família, na maximização da sua saúde"*, assim como *"promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, a vinculação, e a amamentação"* (OE, 2009).

Competências no âmbito da promoção, protecção e apoio ao AM são uma das vastas competências exigidas ao EESIP.

2.1 MÓDULO I - C.E.C.D MIRA SINTRA

2.1.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O C.E.C.D Mira Sintra (ANEXO I) é uma Cooperativa de Solidariedade Social, reconhecida como instituição de utilidade pública, sendo assim uma entidade pública sem fins lucrativos. Foi fundada em 1976 por pais e técnicos. Desde o início que os saberes e experiência de uns e outros estão presentes na gestão da cooperativa. Atende mais de oito centenas de crianças, jovens e adultos que precisam de apoios especializados, devido a perturbações no seu desenvolvimento e/ou deficits acentuados no seu rendimento escolar, laboral ou social.

Dispõe de estruturas diferentes, em espaços diferentes, com programas específicos e equipas multidisciplinares, adaptadas às necessidades e características da população atendida e o seu âmbito de acção estende-se prioritariamente ao concelho de Sintra. Na sua visão pretende ser uma organização de referência, numa sociedade inclusiva, promovendo a Igualdade respeitando a diferença e tem como missão desenvolver serviços de qualidade para as pessoas com deficiência intelectual, multideficiência e outras pessoas em desvantagem, promovendo os seus direitos e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Em termos de estruturas/valências tem a Unidade Integrada de Intervenção Precoce na Infância, a Escola de Educação Especial, o Centro de Emprego Protegido, a Unidade de apoio a família, o Centro de Medicina e Reabilitação, o Centro de Actividades Ocupacionais e o Centro de Formação Profissional.

2.1.2 ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

- ❖ **COMPREENDER O PAPEL DOS RECURSOS DA COMUNIDADE NO APOIO À CRIANÇA/FAMÍLIA COM PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO;**
- ❖ **REFLECTIR SOBRE AS VIVÊNCIAS DA CRIANÇA/FAMÍLIA COM PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO.**

As actividades desenvolvidas nesta instituição prenderam-se, numa primeira fase, numa **a) reunião com as responsáveis do C.E.D.C Mira Sintra** de forma a conhecer a instituição, a sua missão e visão, objectivos e actividades desenvolvidas e, posteriormente, **b) observação participada nas diferentes salas de Educação Especial (EE)** onde as crianças estão inseridas e desenvolvem as suas actividades.

Estes meninos têm aulas em salas próprias, inseridos numa escola de ensino regular e são agrupadas de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo e autonomia, sendo alvos de diversas actividades especializadas e programadas com o objectivo de maximizar o seu desenvolvimento.

De forma global, tive a oportunidade de conhecer e contactar com algumas crianças/jovens com problemas de desenvolvimento, compreender os seus contextos de vida e alguns dos desafios com que se deparam diariamente, observar os diferentes equipamentos, materiais e técnicas que existem ao seu dispor de forma a potenciar as suas capacidades e compreender o papel fundamental de uma equipa multidisciplinar motivada e empenhada no bem-estar destas crianças/jovens.

De salientar que a minha vivência com estas crianças/família, derivava exclusivamente do contexto hospitalar no âmbito da Neonatologia, momento no qual os pais se deparam com o nascimento de um bebé diferente daquele que idealizaram ou em contexto de Internamento, relacionado com o agravamento de uma doença crónica.

Esta experiência em contexto educativo, permitiu-me conhecer um outro lado destas crianças, fora do contexto hospitalar, no seu quotidiano diário, e perceber com outro olhar, algumas das suas limitações e dificuldades, mas principalmente, as suas potencialidades e a forma como estas podem ser maximizadas através de uma intervenção precoce e especializada de uma equipa transdisciplinar, no seio da família.

Através do trabalho em equipa, as fronteiras entre as diferentes disciplinas é minimizada e procura-se o consenso entre os elementos da equipa, onde a família aparece como parceira central e decisora principal no processo de intervenção. Confesso que foi com surpresa que tive conhecimento da inexistência de um Enfermeiro nesta equipa constituída por médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, entre outros.

A presença de práticas centradas na família demonstra ainda, a aplicabilidade da **abordagem centrada na família** em diferentes contextos. A importância da família no processo de intervenção precoce com a criança tem sido amplamente defendida nos últimos anos, mas alvo de várias mudanças nomadamente ao nível do papel dos pais (SIMEONSSON e BAILEY, 1990). Mas hoje, é consensual e as investigações assim o demonstram, que as práticas consistentes com os princípios desta abordagem estão relacionadas com resultados positivos da intervenção, quando comparadas com práticas consistentes com serviços paternalistas e mais centrados no profissional (DUNST, 1997, 2002).

Daqui retenho a importância da existência de medidas de saúde preventivas e de intervenção precoce que muito contribuem para promoção do desenvolvimento máximo das capacidades destas crianças/jovens, para a valorização e dignificação da sua imagem; para o seu trabalho e inclusão social e especialmente, para o reconhecimento dos seus direitos, minimizando os efeitos de uma realidade complexa e difícil, reveladora de carências múltiplas e tão fundamentais.

Destaco o contacto com as problemáticas destas famílias e os inúmeros desafios e situações difíceis com que se deparam diariamente; circunstâncias estas com que os outros pais nunca se depararão e que em contexto de hospitalização, não temos oportunidade de conhecer.

Para ir ao encontro dos objectivos inicialmente traçados procurei integrar-me na equipa de trabalho, observar e participar activamente durante as visitas às salas de aulas bem como realizar pesquisa bibliográfica sobre a temática.

Considero que através da minha participação nestas actividades pude desenvolver algumas competências tais como gerir e interpretar de forma adequada informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e principalmente da minha formação pós-graduada no âmbito da criança com problemas de desenvolvimento assim como avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas relativamente à criança.

2.2 MÓDULO I - EXTENSÃO CASTANHEIRA DO RIBATEJO

2.2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A extensão Castanheira do Ribatejo (CR) (ANEXO II) é uma Unidade de Cuidados Saúde Personalizados, inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Grande Lisboa XII, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esta extensão encontra-se localizada na Freguesia de Castanheira do Ribatejo pertencente ao Município de Vila Franca de Xira, tendo sido inaugurada a 13 de Dezembro de 2008. Relativamente à caracterização geográfica da área de intervenção, a vila da Castanheira tem, segundo os Censos de 2001, 7258 habitantes, dos quais 3561 são homens e 3697 são mulheres. Relativamente aos utentes inscritos tem 4327 mulheres e 4082 homens, perfazendo um total de 8409 utentes, e a sua área de influência compreende a Vila da Castanheira, Vale do Carregado e Quintas. O horário de funcionamento deste serviço de saúde é das 8 às 18 horas, todos os dias úteis, assegurando consultas de medicina familiar, consultas de vigilância materno-infantil, planeamento familiar, vacinação e tratamentos. No âmbito da saúde infantil, possui ainda um espaço dedicado à Amamentação, o *Cantinho da Amamentação*.

O estágio nesta instituição decorreu entre o período de 26 de Abril a 11 de Junho de 2010, numa carga horária de 180 horas.

2.2.2 ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/ DESENVOLVIDAS

As actividades desenvolvidas no âmbito deste módulo privilegiaram, segundo o modelo de PENDER, uma intervenção perante **os benefícios de acção percebidos** pela mãe sobre o AM, **nas barreiras, na auto-eficácia percebida e nas actividades relacionadas com a apresentação**, no sentido em que se investiu essencialmente na promoção desta prática, criando valores e comportamentos culturais favoráveis ao AM para que este possa ser assumido como uma "norma" e fazendo parte de um estilo de vida saudável. GIUGLIANI (2005), defende que para haver sucesso no AM, é necessário criar uma cultura de aleitamento, educar a população em geral, informá-la das vantagens e importância desta prática, assim como melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, integrando intervenções em conformidade com os conhecimentos científicos mais recentes.

Após contacto com a Instituição e apresentação meu projecto e área temática, foi-me sugerido pela Enf. orientadora estudar a prevalência do AM nas crianças pertencentes à Unidade de Saúde, sendo formulado o seguinte objectivo específico:

❖ **CONHECER A REALIDADE DA POPULAÇÃO INFANTIL DA EXTENSÃO CR, EM TERMOS DE PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO NO TRIÊNIO 2006-2008.**

A importância deste objectivo prendeu-se com o facto de não ser conhecida a prevalência do AM na população infantil das crianças pertencentes à Unidade de Saúde em questão. O conhecimento da realidade em termos de taxas de amamentação, permite uma intervenção efectiva ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, ou seja, planear e definir estratégias de intervenção e actividades a desenvolver directamente focadas para os problemas ou condicionantes identificados. Só com um conhecimento aprofundado desta realidade se pode estabelecer estratégias e programas adequados de promoção e apoio ao aleitamento materno, de forma a atingir resultados que se traduzam em ganhos em saúde.

Ao caracterizarmos a população infantil estamos a fazer um diagnóstico de situação em termos de amamentação e a cumprir um dos nossos deveres para com a comunidade:

“o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequadas às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde esta inserido assim como participar (...) na busca de soluções para os problemas de saúde detectados” (alínea a) e b) do art. 80 do CÓDIGO DEONTOLÓGICO) mas também a contribuir para “definir e utilizar indicadores que permitam (...) avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (...) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias” assim como “realizar trabalhos de investigação (...) que visem a melhoria contínua dos cuidados em enfermagem”, competências estas no âmbito do Enfermeiro Especialista (alínea c) e j) do nº 3 do Artigo 7º do DL nº 437/91).

Para dar resposta a este objectivo foi realizado **um estudo retrospectivo, longitudinal (ANEXO III), englobando uma população de crianças nascidas entre 2006 e 2008, inscritas na Extensão da CR**. Optou-se por analisar o triénio 2006-2008, tendo em conta as variáveis em estudo e por no momento da recolha de dados não ser possível recolher informação completa sobre os anos subsequentes, no entanto, a avaliação do triénio 2009-2011 é um objectivo institucional. Além do mais, este estudo tinha já sido iniciado pela Sr.^a EESIP, pelo que o instrumento de recolha de dados estava já elaborado.

Foram estudadas as seguintes variáveis:

- ❖ Duração do aleitamento materno exclusivo;
- ❖ Duração da alimentação mista;
- ❖ Duração da amamentação após 6º mês de vida;
- ❖ Início da alimentação artificial exclusiva;
- ❖ Início da introdução de novos alimentos;
- ❖ Local de vigilância de saúde;
- ❖ Entidade que iniciou leite de fórmula.

Utilizou-se uma amostra de conveniência (não aleatória), tendo-se seleccionado crianças:

- ❖ que fizeram vigilância de saúde nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil desde a 1ª consulta (entre o 3º e 6º dia de vida);
- ❖ existir informação completa nos registos de enfermagem e/ou ter sido possível complementá-los através de posterior contacto telefónico.

A amostra foi constituída por 77 crianças em 2006, 87 em 2007 e 73 em 2008, representando respectivamente 77%, 82% e 79% da população em cada ano.

A recolha de dados decorreu durante o mês de Maio de 2010, através da consulta e análise das fichas de saúde infantil e posterior contacto telefónico nas situações em que a informação pretendida não estava completamente assegurada, e transcrita para uma base de dados elaborada no Microsoft Excel.

Como principais conclusões:

- ❖ A prevalência de AM (não exclusivo) no triénio em estudo foi francamente positiva e satisfatória e aumentou ao longo do tempo, quando comparada com outros estudos semelhantes realizados noutras regiões do país, tais como o de LOPES e MARQUES (2004) em Viana do Castelo e o de SARAFANA et al (2006), no Hospital Garcia de Orta. No entanto, comparando com estudos de âmbito internacional, aos seis meses de idade, a amostra fica ainda muito aquém das taxas encontradas em alguns países da Europa e das metas preconizadas pelas estruturas de saúde nacionais e internacionais.

- ❖ A percentagem de crianças que não recebeu LM tem diminuído ao longo dos anos, o que é favorável, e prende-se com situações de prematuridade, doença do RN ou antecedentes maternos que inviabilizam a amamentação tais como cirurgia de redução mamária, aproximando-se assim do valor encontrado num estudo realizado no Hospital Garcia de Orta, realizado por SARAFANA et al (2006).

- ❖ Constatou-se, que a queda da prevalência, embora progressiva, se processa em duas idades críticas: durante o 1º mês de vida e do 3º para o 4º, dados estes de acordo com o que tem sido encontrado em avaliações realizadas em Portugal (DGCSP, 1990; FONSECA, 1995; CARVALHO et al, 1998) e, inclusivamente, noutros países (UNICEF, [s.d.]). No entanto, de salientar, que ao longo do triénio há uma diminuição progressiva destas taxas de abandono.

- ❖ As crianças que privilegiam do LM após o 6º mês de vida correspondem a uma pequena percentagem, diminuindo bruscamente a taxa a partir de um ano de idade. No entanto, de ano para ano, há um aumento em todas as classes.

- ❖ O estudo indicou que a maior parte dos casos de desmame, é iniciado pela mãe/pai, possivelmente porque pensam que o leite já não satisfaz o bebé, apesar de as razões invocadas para iniciarem o suplemento não ter sido uma variável em análise.

- ❖ O prescritor Hospital (que inclui maternidade e serviço de urgência), aumentou ao longo do triénio em análise, sendo em 2008, a segunda fonte de iniciativa do suplemento. De facto, a introdução de leite artificial, ainda na maternidade, continua a ser uma prática frequente, apesar de se fomentar cada vez mais os “Dez passos para os Hospitais Amigos dos bebés”.

Estas são apenas algumas das conclusões que permitiram um diagnóstico de situação relativamente ao "estado da amamentação", e a partir delas, o planeamento de novas intervenções e estratégias, entre as quais ficam algumas sugestões:

- ❖ Reforçar a confiança das novas mães/casais/família através de sessões educativas sobre os indicadores que permitem avaliar a eficácia do aleitamento materno tais como o peso das fraldas com urina, o progresso ponderal, estratégias de triagem sobre o tipo de choro e outras manifestações típicas que podem também contribuir para o desmame precoce;

- ❖ Seleccionar as famílias que amamentaram durante mais tempo e organizar grupos de apoio à amamentação nesta instituição, no sentido destes informarem os novos pais sobre as dificuldades sentidas e as estratégias que utilizaram para atingirem o sucesso nesta prática e;

- ❖ Criar uma linha de apoio da própria instituição que permita o contacto com a equipa de enfermagem, à noite e fins-de-semana, pois a insegurança temporária induz a recorrência sobretudo aos farmacêuticos.

Como principal limitação destaco a precisão das informações resultantes dos estudos retrospectivos. Relativamente à continuidade do estudo sugeri incluir no próximo triénio 2009-2011, outras variáveis como o tipo de parto, causas do desmame do LM assim como outras variáveis socioculturais, nomeadamente a nacionalidade, a escolaridade, profissão das mães e o apoio do parceiro e de familiares ou amigos próximos, isto porque, sabemos à partida que esta prática é influenciada por um conjunto de factores socioeconómicos, culturais, étnicos e demográficos;

Foi ainda criado e deixado na Instituição, em suporte informático, o instrumento de recolha de dados para prosseguir o estudo para o próximo triénio (ANEXO IV).

Considero assim, que o objectivo inicialmente definido foi extremamente pertinente e atingido com sucesso, deixando contributos para o conhecimento da realidade infantil em termos de taxas de aleitamento e permitindo redefinir estratégias para uma intervenção de enfermagem mais efectiva ao mesmo tempo que incrementaram o desenvolvimento de competências como participar e promover a investigação em serviço na minha área de especialização; demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes.

❖ DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, CIENTÍFICAS E RELACIONAIS DE ENFERMAGEM AVANÇADA NO CUIDAR DA CRIANÇA/FAMÍLIA, EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, NO ÂMBITO DAS FUNÇÕES DO EESIP.

Este objectivo decorreu de uma necessidade pessoal de actualizar, alargar e aprofundar conhecimentos em Saúde Infantil Comunitária, uma vez que não possuía qualquer tipo de experiência neste contexto. Para a sua consecução utilizei como principais estratégias a integração e a

participação activa nas Consultas de Vigilância Saúde Infantil e no Programa de Vacinação, assim como diversas leituras e pesquisa bibliográfica sobre as funções do EESIP nestas actividades.

A consulta de Enfermagem é considerada uma actividade autónoma dos enfermeiros, realizada sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, onde são identificados problemas e prescritas intervenções baseado numa abordagem sistémica e sistemática da criança/família e posterior avaliação das mesmas. Algumas das actividades realizadas passaram por:

- a)** Realização de consultas de enfermagem nas "idades-chave" preconizadas no Plano Saúde Infantil e Juvenil;
- b)** Realização de Rastreios de Doenças Metabólicas;
- c)** Avaliação do desenvolvimento infantil;
- d)** Promoção de comportamentos saudáveis e prevenção de comportamentos de risco;
- e)** Detecção e encaminhamento de situações passíveis de correcção (malformações congénitas; perturbações do desenvolvimento estado-ponderal, e psicomotor; alterações neurológicas, etc);
- f)** Prevenção, identificação e abordagem nas doenças mais comuns nas várias idades (reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde);
- g)** Avaliação da dinâmica familiar e rede de suporte sócio-familiar, apoiando e estimulando a função parental;
- h)** Articulação com equipa de saúde multidisciplinar.

A minha prestação no âmbito das Consultas de Enfermagem, teve ainda como foco de atenção especial a amamentação, tendo tido, ao longo do estágio, várias intervenções autónomas no que diz respeito à promoção e apoio ao AM, nomeadamente no esclarecimento de dúvidas, na desmistificação de mitos inerentes à amamentação; aconselhamento sobre a técnica para uma pega correcta; formas de prevenir e solucionar problemas que surgem no âmbito da amamentação mas também, apoio prático em situações de má adaptação do bebé à mama, desconfortos mamários, bebés que recusam mamar e bebés doentes.

No âmbito da Vacinação:

- i)** Divulgação do programa;
- j)** Administração de vacinas;
- k)** Transmissão à criança/pais informações objectivas e claras sobre os procedimentos;
- l)** Utilização de estratégias de promoção do conforto, redução do medo, ansiedade e dor na criança/família;
- m)** Registos.

Considero que estas actividades contribuíram em muito para o desenvolvimento de competências tais como gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da

minha experiência profissional e de vida e principalmente da formação pós-graduada; formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/ família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura; produzir um discurso pessoal fundamentado tendo em conta as diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde assim como comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico. Destaco ainda, o desenvolvimento de competências no domínio relacional e cultural que fomentam a construção de uma visão mais global e integrada dos cuidados de saúde à criança e família, integradas numa comunidade e nos respectivos contextos sociais, culturais e económicos.

No âmbito das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil foi ainda elaborado **n) um Guia Orientador da Consulta de Enfermagem** (ANEXO V). Esta actividade surgiu de uma necessidade pessoal da existência de um instrumento que orientasse o meu raciocínio e as minhas intervenções no decorrer das consultas de saúde infantil. Assim, foi elaborado um documento em relação a temas de conversa, observação da criança, intervenções a realizar, avaliação do desenvolvimento infantil e sinais de alerta, com base nas orientações presentes no Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil (PORTUGAL, 2005). Os seus principais objectivos foram: sistematizar as intervenções de enfermagem nas consultas de vigilância de saúde; dar suporte teórico às intervenções realizadas e promover a continuidade dos cuidados à criança/família.

De referir que esta actividade foi realizada em parceria com a minha colega de estágio e que este instrumento foi colocado em prática ainda durante o período de estágio e deixado na instituição para que todos os futuros colegas e profissionais o pudessem consultar e utilizar.

A realização desta actividade, permitiu-me não só demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos dentro da minha área de especialização mas também adquirir competências ao nível do desenvolvimento de metodologias de trabalho eficazes na assistência ao utente pediátrico. Ao estar disponível para outros colegas e futuros profissionais, contribui ainda para promover a formação em serviço e a integração de novos profissionais.

❖ **CONTRIBUIR PARA A MINIMIZAÇÃO DA DOR DA CRIANÇA/FAMÍLIA DURANTE A REALIZAÇÃO DO RASTREIO DE DOENÇAS METABÓLICAS.**

Apesar da temática da dor não ser o meu foco de atenção prioritário do meu projecto, no decorrer das Consultas de Enfermagem, identifiquei, aquando a realização do Rastreio de Doenças Metabólicas ao RN, que não eram tomadas quaisquer medidas de alívio da dor, área na qual, pela sua importância, não pude deixar de intervir, estabelecendo o objectivo supra-citado.

A minha inquietude perante esta situação identificada, resulta do facto da dor constituir uma prioridade para todos os profissionais e instituições de saúde, especialmente, aqueles que trabalham com crianças. A Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1998), refere que “ (...) *as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo*” (art.5º). No caso específico dos RN, BATALHA (2010), afirma ainda, que “*apesar de se reconhecer que a maior parte da dor experimentada pelo RN pode ser prevenida ou substancialmente aliviada, inúmeros estudos continuam a revelar um tratamento insuficiente*” (p.73).

Desta forma, a avaliação da dor, a sua prevenção, tratamento e a instituição de protocolos de actuação que visem a implementação de medidas de intervenção na dor, impõem-se como normas de boa prática para a prestação de cuidados de qualidade e, os enfermeiros, nomeadamente os EESIP, devem “ *aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacologias (...)*” (OE, 2010, p. 4).

A dor no RN é assim uma realidade e, especificamente em relação ao Rastreio de Doenças Metabólicas, RENE (1999), MARGOTTO et al (2004) e BATALHA (2010) referem que a punção do calcanhar é efectivamente um procedimento doloroso, sendo assim imprescindível a utilização de estratégias que a minimizem. Para minimizar a dor da criança/família durante a realização deste procedimento, e depois de analisar várias alternativas, optei por introduzir a amamentação como uma estratégia não farmacológica de alívio da dor, na medida em que esta prática tem sido estudada com sendo uma técnica não farmacológica efectiva na redução da dor no RN submetido a procedimentos dolorosos isolados.

Num estudo realizado por CARBAJAL et al (2003) e noutro semelhante de LEITE et al (2006), concluiu-se que a amamentação materna foi eficaz na redução da resposta à dor decorrente da colheita de sangue para a realização do Rastreio de Doenças Metabólicas, pois os resultados mostraram uma diminuição significativa das manifestações fisiológicas e comportamentais dos RN do grupo experimental, em todas as fases do procedimento, quando comparadas àquelas do grupo controlo. Noutro estudo randomizado ou quase-randomizado controlado, efectuado por SHAH et al (2004), foi estudado o AM como medida de alívio da dor; os resultados demonstraram que os RN amamentados durante o procedimento doloroso tiveram uma redução significativa na duração do tempo de choro, quando comparado com o grupo de controlo (sem qualquer intervenção). Além dos benefícios analgésicos, LEITE et al (2006), referem que a amamentação tem particular interesse, por constituir uma intervenção natural, sem custos adicionais, que pode ser facilmente aplicada em diversas situações de dor e pelo facto das mães terem livre acesso e participação na assistência ao filho, além das vantagens nutritivas, imunológicas, sociais e psicológicas inerentes a esta prática.

Assim, esta estratégia não farmacológica para o alívio da dor, foi implementada ainda no decorrer do estágio, tendo sido bem aceite pelos pais e equipa.

A identificação desta necessidade exigiu uma reflexão na e sobre a prática clínica, e a intervenção desenvolvida demonstrou competências de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as suas respostas, permitindo-me gerir medidas não farmacológicas de combate à dor e aplicar conhecimentos e habilidades não farmacológicos.

❖ **PROMOVER E APOIAR O ALEITAMENTO MATERNO NO ÂMBITO DAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E “CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO”.**

Foi através da prestação directa de cuidados nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e no *Cantinho da Amamentação* que constatei o quanto estas actividades constituem momentos privilegiados de educação para a saúde, permitindo-nos ser, por excelência, promotores de estilos de vida saudáveis e agentes de mudança de comportamentos. Neste sentido, decidi aproveitar estas actividades de enfermagem (Consultas de Saúde Infantil e Cantinho da Amamentação) para “veicular a minha mensagem” de promoção e apoio ao AM, no sentido em que estes contextos permitem facilmente comprovar o estabelecimento da lactação e solucionar grande parte das dificuldades e logo nos primeiros dias de vida da criança.

Sabemos à partida que as primeiras experiências de amamentação requerem atenção especial, principalmente quando se trata de um primípara devido à sua dificuldade natural em o efectuar. Muitos são os estudos que demonstram a importância de uma actuação precoce nomeadamente ao nível das posições para amamentar e correcção da pega, confirmando a relação entre estas intervenções e a duração do AM (DUFFY et al, 1997; INGRAM, 2002; PEREIRA et al, 2008). Além destas dificuldades, algumas mulheres têm ainda receio que o seu leite não seja suficiente em qualidade e quantidade para o crescimento e desenvolvimento do seu bebé, podendo estes e outros factores conduzir à introdução precoce de suplementos alimentares. MAIA (2007), num estudo sobre o papel do enfermeiro na adesão ao AM, constatou que uma elevada percentagem das mães referiu ter tido dificuldades/problemas associados ao AM no 1º mês após o parto, o que origina o abandono total desta prática por algumas delas (GALVÃO, 2005; MELHADO, 2008).

Para que seja possível intervir atempadamente nesta fase tão crucial para o estabelecimento e manutenção da amamentação, é fundamental que as famílias tenham ao seu dispor uma consulta de enfermagem logo na primeira semana de vida do seu bebé e o mais precocemente possível após a alta da maternidade. Assim o recomenda a DGS no Programa-Tipo de Saúde Infantil e Juvenil (PORTUGAL, 2005).

Além desta intervenção precoce nos primeiros dias de vida da criança, é necessário um apoio sistemático por parte de profissionais competentes, ou seja, é fundamental que as intervenções de enfermagem, actividades viradas para a assistência, estejam sistematizadas, o que implica uma sequência dinâmica de etapas que direccionem as acções de modo a contribuírem no atendimento às necessidades de saúde da criança/família.

Foi neste âmbito que **a) implementei o Formulário de Observação da Mamada na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Pediatria**. A introdução do formulário de observação da mamada (ANEXO VI), elaborado e proposto pela OMS/UNICEF (1997) e validado através de inúmeras pesquisas científicas como um instrumento de suporte da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil,

teve como objectivo promover e permitir uma observação sistematizada da díade em amamentação por meio de uma *check-list* que contém os principais pontos a serem observados, mas também identificar áreas que requerem intervenção e/ou educação e ainda servir como um instrumento de comunicação e documentação entre os profissionais de saúde.

A sua pertinência prende-se como facto de podemos aprender muito sobre como está a correr a amamentação, através da observação. Isto é tão importante no exame clínico, quanto outros aspectos examinados, tais como procurar sinais de desidratação ou contar a frequência respiratória do bebé, na medida em que, muitas das dificuldades são causadas por uma pega ineficaz, dificuldades essas, que podem ser superadas se ajudarmos a mãe a corrigir a posição do bebé e podem ser prevenidas se ajudarmos a mãe a colocar o bebé à mama nos primeiros dias. Algumas das consequências de uma pega incorrecta são a dor e ferida nos mamilos, ingurgitamento, bebé insatisfeito, que quer mamar mais, frustrado e que se recusa a mamar e por fim, bebé que não ganha peso, levando a mãe a experienciar sentimentos de ansiedade e preocupação, percebendo, à luz do modelo de Pender, uma *auto-eficácia negativa*, e julgando-se incapaz de alimentar o seu bebé.

Os diferentes aspectos a observar descritos neste formulário incluem a postura corporal, respostas, vínculo emocional, anatomia, sucção e tempo gasto com a sucção.

Este formulário foi operacionalizado ainda durante o período de estágio, sendo aplicado preferencialmente e sempre que possível, logo na 1ª consulta (geralmente na 1ª semana de vida), sendo posteriormente anexado ao processo clínico da criança para reavaliação em caso de necessidade. Na maioria das situações, procedeu-se à observação da díade em amamentação após a realização do Rastreo de Doenças Metabólicas, procedimento para o qual se utilizava a amamentação como estratégia não farmacológica para o alívio da dor.

A introdução deste formulário, contribuiu assim para a tomada de decisão quanto à necessidade de ajuda e como ajudar a mãe que amamenta, na medida em que o seu preenchimento nos indicava o que observar/despistar durante a amamentação, conferindo metodologia ao processo de observação da mamada e facilitando a identificação de problemas. Além do mais, repetindo a avaliação, foi possível identificar mudanças na experiência da amamentação.

Ainda neste âmbito, **b) elaborei um Manual de Procedimentos para o “Cantinho da Amamentação”**. O “Cantinho da Amamentação” diz respeito a um local específico (gabinete), com equipamento e material informativo e de apoio à amamentação (bomba extractora de leite, posters, folhetos, sacos de conservação de leite, etc.), que se destina a receber famílias lactantes que necessitam de informação/aconselhamento e/ou apoio prático. É um espaço que proporciona tranquilidade e privacidade, cuja filosofia é a promoção, o apoio e suporte ao aleitamento materno.

Ao integrar-me nas actividades aqui desenvolvidas, considerei pertinente elaborar um Manual de Procedimentos (ANEXO VII), no sentido em que não existia nenhum suporte para as intervenções de enfermagem ou que reunisse e sistematizasse informação sobre AM. Assim, foi elaborado um documento que reúne um conjunto de orientações para as situações mais comuns que podem surgir

no âmbito deste espaço, com o objectivo de se constituir como um suporte informativo, acessível a todos os profissionais, de fácil leitura e compreensão, mas também como um guia de orientação para os cuidados prestados de forma a uniformizar as intervenções de toda a equipa. Para a sua elaboração recorri essencialmente às orientações presentes no Manual do Participante do Curso Aconselhamento em Aleitamento Materno, da OMS/UNICEF (1997).

Por fim, mas não menos importante, foi **c) elaborado um Folheto sobre Conservação e Extracção de LM**. A opção por realizar um folheto sobre Conservação e Extracção de LM (ANEXO VIII) decorreu da constatação desta temática ser uma das áreas sobre a qual os pais manifestam mais dúvidas no decorrer das Consultas de Enfermagem e para a qual não existia qualquer tipo de suporte informativo.

São muitas as situações em que a mãe pode ter necessidade de extrair o seu leite e, tal como os outros alimentos, o LM também pode ser conservado no frigorífico ou congelado, desde que assegurados alguns cuidados, que devem ser fornecidos aos pais, de forma simples e clara.

Esta prática pode ser útil para manter a lactação quando a mãe está doente; manter a lactação quando o bebé está doente ou hospitalizado e não pode mamar; manter a lactação quando a mãe tomou medicamentos que impedem a amamentação; quando a mãe tem de se ausentar, viajar ou regressar ao trabalho, permitindo ter leite e aliviando o ingurgitamento, o desconforto e o gotejar dos seios; ajudar o bebé a pegar quando um seio está cheio; para prevenir ou aliviar o ingurgitamento (congestão) mamário ou ainda para aumentar a sua produção de leite.

A elaboração deste folheto teve um papel relevante na capacitação pais, complementando a informação transmitida no âmbito das consultas.

A concepção e operacionalização das actividades para promover, proteger e apoiar o AM no âmbito das Consultas de Saúde Infantil e "*Cantinho da Amamentação*", exigiram antes de mais, um conhecimento aprofundado na área da saúde infantil e pediatria bem como a capacidade para aplicar esses mesmos conhecimentos em contextos alargados. A elaboração e aplicação destes instrumentos para as intervenções de enfermagem permitiram-me o desenvolvimento de competências como desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança/família e zelar pela qualidade dos cuidados prestados. Além do mais, o facto do Manual de Procedimentos do "*Cantinho da Amamentação*" ficar disponível para consulta de futuros colegas e profissionais faz ainda com que esta actividade contribua para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros assim como para a integração de novos profissionais.

2.3 MÓDULO III - URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

2.3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O HDE foi inaugurado a 17 de Julho de 1877. É um hospital central, especializado no atendimento materno-infantil, integrado desde Março de 2007 no Centro Hospitalar de Lisboa Centra, Entidade Publica empresarial (EPE), sendo a unidade de saúde de referência em pediatria, para a zona sul do país e ilhas. Recebe também crianças dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ao abrigo de um protocolo entre o Estado português e estes países.

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) fica situado no piso 0 do edifício central do Hospital, pertencendo orgânica e funcionalmente ao Departamento de Urgência / Emergência. Está dividido em Urgência Médica e Urgência Cirúrgica (espaços distintos), sendo a equipa de enfermagem comum e apresentando quatro postos de trabalho: a Triagem, a Sala de Tratamentos/Aerossoloterapia, a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e o apoio à Cirurgia/Ortopedia e Otorrinolaringologia (ORL). Recebe todas as crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade menos um dia, funcionando como a "porta de entrada" da criança / família no Hospital.

A admissão da criança pode ser feita pelos pais / família, por referência da Saúde 24, transferência de outras Instituições (Hospitais ou Centros de Saúde), pelos bombeiros ou pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Os cuidados de enfermagem são prestados de forma individualizada, utilizando-se o modelo teórico de Nancy Roper (aplicado essencialmente nas crianças internadas na UICD). O método de trabalho é por enfermeiro responsável.

A triagem é efectuada pelo enfermeiro, após a inscrição, onde é estabelecido a prioridade no atendimento médico a todos os utentes que recorrem à UP. Após uma avaliação da situação da criança, o enfermeiro classifica a prioridade de atendimento. A sequência numérica é inversamente proporcional à prioridade estabelecida: ③ Emergente/ vermelho; ① Muito Urgente/ laranja; ② Urgente/ amarelo e ③ Não Urgente/ verde. Existe a cor branca para os casos não considerados de critérios de prioridade, como por exemplo para reavaliação. A Sala de Tratamento é utilizada sempre que é necessário fazer algum procedimento. Após o procedimento a criança é reavaliada pelo médico. A UICD é utilizada sempre que se preveja resolver/estabilizar a situação clínica num período até 24 horas. Após este período a criança ou tem alta ou é transferida para uma enfermaria. As situações mais frequentes são: dificuldade respiratória moderada / grave, desequilíbrio hidro-electrolítico, vigilância de parâmetros vitais ou estado neurológico, entre outras. A UICD tem características semelhantes a uma Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria. A cirurgia realiza não só a simples observação por esta especialidade, por exemplo, para confirmação de algum diagnóstico (oclusão intestinal, apendicite aguda, hérnia encarcerada), mas também procedimentos que visem o tratamento de feridas em que seja necessário suturar ou efectuar o tratamento de queimaduras. Existe ainda atendimento de Ortopedia para determinados tipos de fracturas e observação por ORL.

Após observação por estas especialidades (cirurgia, ortopedia, ORL), a criança poderá ter alta ou necessitar de internamento hospitalar para efectuar / continuar tratamento (ANEXO IX).

O estágio nesta instituição decorreu entre o período de 27 de Setembro a 22 de Outubro de 2010, numa carga horária de 90 horas.

2.3.2 ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

Neste contexto, e tendo sempre por base modelo de Promoção da Saúde, a minha intervenção focalizou-se nas **Influências Interpessoais** que podem ser condicionar o sucesso do AM. Sendo estas *"os conhecimentos da mãe relativos aos comportamentos/crenças/atitude dos outros"* e sendo os *"profissionais de saúde fontes primárias dessas influências"* (TOMEY e ALLIGOOD, 2002, p. 705 cit. PENDER, 1996), os seus conhecimentos e especialmente o uso que fazem deles, são determinantes para uma mãe/família lactante, para que percepcione o mínimo de *barreiras* possível.

❖ **SENSIBILIZAR OS PROFISSIONAIS DA URGÊNCIA PEDIÁTRICA PARA QUESTÕES RELATIVAS À AMAMENTAÇÃO E À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À CRIANÇA/FAMÍLIA LACTANTE, EM CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.**

A promoção, protecção e apoio ao AM dependem da implementação de políticas nacionais, e de recomendações a todos os níveis dos serviços de saúde, para que a amamentação seja entendida como uma norma, ou seja, é necessário um empenho no estabelecimento de boas práticas em todas as maternidades, instituições hospitalares pediátricas e centros de saúde (SARAIVA, 2010).

A minha experiência profissional permite também afirmar, que os profissionais da Urgência não estão muitas vezes despertados para questões como esta, apesar do elevado número de crianças lactantes a quem prestam cuidados diariamente. Efectivamente, estamos perante um contexto de cuidados caracterizado por um elevado número de tarefas e de grande tecnicidade, com grande afluência de crianças e jovens, alguns deles a necessitar de cuidados imediatos, com recursos humanos muitas vezes insuficientes e, em que os profissionais estão essencialmente direccionados para intervenções de cariz emergente e urgente, ficando muitas vezes para segundo plano acções consideradas como "secundárias", como por exemplo, o estímulo e a promoção da amamentação.

No entanto, não é assim tão pouco frequente a vinda de famílias à urgência por questões decorrentes desta prática, sem constituírem de facto, um verdadeiro motivo de deslocação a este serviço. Constato isto mesmo no meu próprio local de trabalho. A verdade é que, é nestas unidades que muitas encontram uma resposta ou solução para os seus problemas. Um estudo recente, sobre os

processos vivenciados pelas mulheres primíparas durante os primeiros meses pós-parto, evidenciou que a primeira esfera de dificuldades por parte da mãe, focalizou-se, sobretudo, na amamentação. Questões como o posicionamento para amamentar, a estrutura anatómica dos mamilos, a “subida do leite”, foram frequentes. Relativamente aos problemas relacionados com o bebé, focalizaram-se na descodificação da causa do seu choro sendo os motivos subjacentes, a fome e as cólicas. Quando questionadas acerca das estratégias utilizadas para resolver a situação, muitas reconheceram não ter qualquer tipo de apoio e terem recorrido ao serviço de urgência mais próximo ou ao serviço de *Saúde 24 horas* (GONÇALVES, 2008). O Serviço de Urgência é assim muitas vezes o “porto de abrigo” destas famílias, inseguras no seu papel parental, sem suporte familiar e com dificuldades de acesso aos Cuidados de Saúde Primários. Esta realidade, deve-se também em grande parte, à inexistência de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, fazendo com que as urgências sejam para muitos portugueses, o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, criando grandes disfuncionalidades no SNS (PORTUGAL, 2004).

Por outro lado, para as crianças que estão efectivamente doentes e que carecem de cuidados ficando hospitalizadas, muitas são as situações que fazem com que não possam ser temporariamente amamentadas. No entanto, por desconhecimento ou falta de sensibilização, as intervenções direccionadas para este foco são ainda pouco valorizadas e esquecidas, mas igualmente importantes um atendimento global/holístico da criança/família.

Daqui, decorre o objectivo a que me propus alcançar, no sentido em que, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados, todos os serviços de apoio à criança/família, devem promover a apoiar esta prática, estando apetrechados de recursos humanos e técnicos capacitados para intervir neste foco de atenção.

Para dar resposta a este objectivo decidi **a)** elaborar um **Manual de Orientações para a Promoção e Apoio à amamentação, em contexto de Urgência Pediátrica** (ANEXO X), que apresenta um conjunto de orientações relativas a várias situações/problemas que podem surgir do âmbito da amamentação, em contexto de Urgência Pediátrica, assim como algumas estratégias promotoras e facilitadoras desta prática tais como proporcionar confiança e segurança à mãe relativamente aos cuidados prestados e ao bem-estar do seu filho, de forma a diminuir a sua ansiedade/stress; oferecer condições para que a mãe possa manter a produção de leite quando o seu bebé não pode mamar, através da existência de um local tranquilo, calmo, com privacidade, onde possa extrair leite, condição essencial para evitar problemas decorrentes da acumulação do mesmo mas também para manter a sua produção, que depende directamente da estimulação mamária; oferecer o leite materno ou outro líquido por copo, colher ou até por gavagem, evitando o uso desnecessário do biberão, minimizando o “nipple-confusion”; entre outras.

Os seus objectivos foram:

- ❖ Actualizar conhecimentos dos profissionais no que respeita à amamentação;
- ❖ Sistematizar informação sobre o AM;
- ❖ Uniformizar informação sobre procedimentos a ter junto de uma mãe lactante.

Este manual foi validado com a chefia directa do serviço e posteriormente **b) apresentado à equipa de enfermagem, durante as passagens de turno**, tendo uma boa receptividade e gerando debate no seio da equipa, nomeadamente, pelo facto de não existir no serviço nenhum espaço onde a mãe pudesse extrair leite com bomba. Depois de uma reflexão em equipa, ficou definido o local e o equipamento/material existente para o efeito, uma espécie de "*Cantinho da Amamentação*" portátil. Considero assim, que os colegas receberam muito bem estas actividades, conduzindo a uma reflexão e a uma análise das práticas no seio da equipa no âmbito desta temática e originando novas estratégias que vão certamente contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados.

No decorrer deste percurso, e em consonância com o objectivo inicialmente traçado, foi-me proposto pela chefia directa trabalhar a questão da manipulação do leite humano resultante da extracção mecânica com bomba, uma prática frequente para as mães que permanecem na UICD junto do seu bebé, e para o qual, não existe nenhuma norma de instrução.

Assim, foi elaborado **c) uma norma sobre a manipulação do leite humano em contexto hospitalar** (ANEXO XI) com o objectivo de uniformizar procedimentos e posteriormente, realizada **d) uma sessão de formação para divulgação da norma** junto dos seus destinatários, a equipa de Assistentes Operacionais (ANEXO XII).

A norma, intitulada "Bomba extractora de leite humano: cuidados de utilização e manipulação do leite humano", descreve e discrimina todos os passos necessários desde o momento em que a mãe utiliza a bomba para extrair leite, até à administração de leite ao bebé, nomeadamente a importância em promover um ambiente adequado à extracção de LM, os cuidados a ter na montagem e utilização da bomba extractora de leite, forma de proceder à limpeza e esterilização dos componentes da bomba e consequentemente os cuidados no armazenamento e conservação de leite, de forma a garantir a sua segurança e qualidade.

Para a sua elaboração foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática onde se privilegiou a informação da Sociedade Portuguesa de Pediatria e recomendações da OMS e UNICEF, vários contactos informais com as Assistentes Operacionais (no sentido em que foram o grupo profissional alvo da formação e de forma a ir ao encontro das suas reais necessidades e auscultar sugestões) e por fim, a validação da norma com o Enfermeiro-chefe do serviço. A norma foi elaborada segundo as especificações da Instituição e aguarda-se a sua aprovação.

A sessão de formação foi previamente divulgada e realizada nos dias 21 e 26 de Outubro de 2010 com o objectivo de apresentar a norma e esclarecer dúvidas na sua operacionalização, tendo como conteúdos os seguintes ítems:

- ❖ Cuidados a ter quando uma mãe extrai leite com bomba;
- ❖ Componentes da Bomba de Leite;
- ❖ Montagem e sua Utilização;
- ❖ Limpeza e Esterilização dos Componentes;
- ❖ O que fazer ao leite depois de extraído.

A sessão decorreu como planeado tendo a participação de vários elementos da equipa (cerca de 60% da equipa de Assistentes Operacionais) e obtendo-se um bom feedback, o que, na minha opinião, em muito contribui o envolvimento dos destinatários na elaboração da norma.

A consciência crítica desta realidade demonstra competências de formular e analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e criativa. Todo o processo inerente à identificação da necessidade de sensibilizar os profissionais da Urgência Pediátrica para questões relativas à amamentação e a consequente realização das actividades supra-citadas permitiram-me abordar questões complexas de modo sistemático e criativo; planejar, organizar, e liderar a formação realizada; comunicar aspectos mais complexos de âmbito profissional e académico, reagindo e agindo perante situações complexas e imprevistas e ainda demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

❖ **DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, CIENTÍFICAS E RELACIONAIS DE ENFERMAGEM AVANÇADA NO CUIDAR DA CRIANÇA/FAMÍLIA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA, NO ÂMBITO DAS FUNÇÕES DO EESIP.**

Mesmo podendo ter solicitado a acreditação a este módulo, optei por vivenciar este estágio de forma a conhecer realidades distintas do meu dia-a-dia na urgência do Hospital onde desempenho funções há cinco anos e assim, enriquecer a minha experiência profissional.

Para atingir o objectivo acima descrito, colaborei na prestação directa de cuidados à criança/família nos diferentes postos de trabalho existentes no serviço de urgência, tais como a triagem, a UICD, sala de tratamentos e sala de apoio à Cirurgia/Ortopedia e ORL o que me permitiu ter uma visão abrangente das funções do enfermeiro em cada uma destas valências e prestar cuidados diferenciados.

Apesar das características intrínsecas deste tipo de serviço, marcado por uma intensidade de trabalho físico e mental, uma elevada responsabilidade profissional e ameaças constantes de perdas e fracassos, a criança e sua família são o alvo das competências dos profissionais que aqui trabalham. Além disto, a preocupação por proporcionar um ambiente acolhedor, calmo e tranquilizante, a presença de objectos de ligação para o bebé/criança, o uso de roupa própria, a identificação do nome e personalização da unidade de cada um, a facilitação das visitas e, o investimento dos profissionais na relação com a criança/família são outros aspectos que estão na

base dos cuidados prestados e que são propícios ao desenvolvimento de laços afectivos entre família/criança.

Ao longo deste percurso pude constatar ainda algumas das características destes profissionais, a quem é exigido um conhecimento mais abrangente dada a diversidade de situações que a eles recorrem, quer a nível dos vários sistemas do organismo, quer seja nas diferentes idades. Além disso, tomar decisões com rapidez e eficiência, estabelecendo prioridades e avaliando constantemente o plano de intervenção e a reacção da criança/família, são outras das suas características.

Para além da prestação directa de cuidados, tive o privilégio de acompanhar a enfermeira responsável pela gestão do serviço, o que se traduziu numa mais-valia para o meu processo ensino aprendizagem pelo facto de poder observar algumas das funções de gestão atribuídas ao EESIP, tais como a gestão dos recursos humanos e a gestão de equipas, gestão de conflitos, a comunicação e a motivação mas também a gestão de stocks.

As actividades decorrentes da prestação directa de cuidados permitiram o desenvolvimento de competências tais como desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança e tomar decisões fundamentadas, atendo às evidências científicas, às minhas responsabilidades sociais e éticas; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família, estabelecer uma relação terapêutica com as mesmas, respeitando as suas crenças e sua cultura; demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e ainda e especificamente, o treino e o aperfeiçoamento de aptidões como identificar situações urgentes e emergentes e actuar perante elas, despistar sinais/sintomas não evidentes, antecipar cuidados, estabelecer prioridades e reagir em situações imprevista e de stress, competências estas, importantes no exercício profissional do EESIP.

2.4 MÓDULO III - NEONATOLOGIA DO HOSPITAL D. ESTEFANIA

2.4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (ANEXO XIII) localiza-se no piso 1 do Edifício principal do HDE e pertence ao Departamento de Urgência/Emergência, a par com a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e com o Serviço de Urgência Pediátrica.

Os RN admitidos na UCIN pertencem à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Zona Sul do País, Açores e Madeira. A entrada na Unidade é realizada a maior parte das vezes por transferência do bloco de partos, mas podem ser transferidos de outros Serviços do Hospital, de outras unidades Hospitalares transportados pelo INEM ou vindos pelo Serviço de Urgência, sendo as principais causas de admissão: patologias Infecciosas (bronquiolites, SDR, pneumonias, sépsis); malformações congénitas (hérnia diafragmática, atresia do esófago, onfalocelo, gastrosquisis, atresias intestinais, mielomeningocelo); prematuridade; síndromes poli-malformativos e malformações cardíacas.

A prestação de cuidados ao recém-nascido/família é individualizada, aplicando a metodologia científica baseada no modelo prático de Nancy Roper. O método de trabalho é o de Enfermeiro responsável. A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela Enfermeira-chefe ou por quem a substitua (chefes de equipa).

O estágio nesta instituição decorreu entre o período de 27 de Outubro a 19 de Novembro, numa carga horária de 90 horas.

2.4.2 ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

A ideia que tive, num primeiro momento, ao deparar-me com a realidade na UCIN em termos de práticas de AM foi que a minha abordagem teria de ser muito criativa e inovadora, no sentido em que os profissionais desta unidade desenvolvem já um conjunto de estratégias de promoção e apoio à amamentação, sendo esta prática encarada como uma "norma". Uma grande parte dos profissionais possui formação em aconselhamento em aleitamento materno, promovem a sucção não nutritiva, incentivam a estimulação mamária precoce, dispõem de um local próprio para a extracção de leite, promovem o contacto pele a pele e o alojamento conjunto.

Conhecer a realidade deste contexto foi portanto difícil, e exigiu uma observação dirigida e participada de forma a identificar necessidades/problemas. No entanto, no decorrer da minha integração constatei que apesar desta Unidade se caracterizar com um centro cirúrgico neonatal de referência para patologias do foro digestivo e ter uma grande afluência de prematuros, não oferece aos seus bebés, a alternativa de terem contacto com leite humano pasteurizado (LHP), nas situações (relativamente frequentes) em que as próprias mães não têm leite ou não o podem dar. Depois da

identificação desta problemática e de uma auscultação da equipa e chefia directa, resultou o seguinte objectivo:

❖ **SENSIBILIZAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DA UCIN PARA A EXISTÊNCIA DO BANCO DE LEITE HUMANO (BLH).**

Este objectivo revelou-se de grande importância, na medida que a unidade apresenta um elevado número de RN prematuros e/ou com patologias digestivas, bebés estes, que à partida, pela sua condição física, pela sua imaturidade e pelas intercorrências clínicas e necessidade de hospitalização mais prolongada após o nascimento, podem ter de esperar dias ou até semanas antes de serem colocados ao colo e à mama da mãe, mas que constituem os principais beneficiários desta prática.

Além do mais, sabemos que à partida, estas situações, de modo geral, diminuem significativamente a possibilidade de iniciar a amamentação. ADAIR e POPKIN (1996) constataram que um peso de nascimento inferior a 2.500 g eleva em 67% o risco de não iniciar a amamentação.

Segundo a OMS, quando o leite da própria mãe é pouco ou não existe, a melhor alternativa é o LHP de dadoras seleccionadas (2002), no sentido em que o leite humano ajuda a combater infecções intestinais do sangue e fornece ingredientes nutritivos facilmente digeríveis que podem reduzir a permanência da criança na UCIN. Mais do que um alimento, nestes bebés prematuros ou doentes, o leite humano actua como um verdadeiro medicamento. ZIEGLER et al (2002), nos seus estudos demonstraram que o LHP, quando comparado com o leite artificial para prematuros, reduz em cerca de 30% (1/3) o risco de enterocolite e em 5 vezes o risco de intolerância alimentar comprovando assim os benefícios desta prática.

Assim, para ir ao encontro deste objectivo, realizei as seguintes actividades: **a) visita ao BLH da Maternidade Alfredo da Costa (MAC) e b) entrevista à enfermeira responsável pela criação deste serviço.** Posteriormente, procedi à compilação da informação e apresentei à equipa através de **c) uma sessão de formação.**

O planeamento da visita ao BLH da MAC, iniciou-se com uma exaustiva pesquisa bibliográfica, nomeadamente através das bases de dados informáticas brasileiras, país onde a investigação sobre AM está bastante desenvolvida e onde esta prática está culturalmente enraizada, não fosse o Brasil o país com maior número de BLH do mundo, mas também, através de informação recolhida com a participação na Conferência "*Apenas 10 Passos para ser Amigo dos Bebés*", promovida pelo Comité Português para a UNICEF (ANEXO XIV) onde uma das apresentações se debruçou especificamente sobre o BLH existente em Portugal. Foram ainda feitas várias abordagens à equipa de enfermagem no sentido de identificar as suas necessidades específicas em termos de formação sobre este tema. De salientar que até ao momento, esta unidade solicitou apenas uma única vez este serviço ao BLH

da MAC e que, segundo a informação que me foi transmitida, muitas dúvidas surgiram aquando a sua administração, pelo facto de não ser uma prática frequente.

A partir deste levantamento de informação procedi à elaboração de um guião de entrevista semi-estruturada (ANEXO XV) para a visita de estudo que se concretizou no dia 12 de Novembro, sendo recebida pela Sr.^a enfermeira co-responsável pela implementação deste projecto. Esta actividade teve como finalidade conhecer todo o circuito do leite humano, desde a sua doação por dadoras saudáveis até à administração aos bebés receptores, passando por todos os procedimentos e processos a que o leite é submetido até consumo final (ANEXO XVI).

Depois de reunida a informação, divulgá-la foi o passo seguinte, através de uma sessão de formação (ANEXO XVII) ocorrida no dia 16 de Novembro. A sessão teve como objectivo geral sensibilizar a equipa multidisciplinar para a existência do BLH, ou seja, para a importância desta alternativa. Os principais conteúdos apresentados prenderam-se com a história dos bancos de leite, o que é um BLH e seus objectivos constituição da equipa, critérios de selecção das dadoras, recolha e armazenamento do leite, pasteurização; selecção dos receptores, manipulação do LHP, sua conservação e forma de solicitar este serviço.

Destaco aqui, o feedback extremamente positivo que senti por parte dos profissionais que assistiram à formação (40% da equipa de enfermagem e um médico neonatologista), assim como o debate e a discussão que esta levantou em termos de reflexão e análise dos cuidados prestados na Unidade, tendo sido sugeridas mudanças nas práticas do cuidar. Refiro-me especificamente ao facto do LHP não poder ser administrado em perfusão por mais de 2h, tendo em conta a sua validade à temperatura ambiente, o que, caso a unidade opte por introduzir esta prática, vai exigir uma mudança nos procedimentos da equipa. De salientar ainda que, apesar de não ser da competência do enfermeiro a prescrição de LHP pasteurizado, enquanto membros de uma equipa multidisciplinar, influenciámos decisões e práticas adoptadas.

Em síntese, a evidência científica associada a esta prática suporta a importância deste objectivo, na medida em que, a administração de LHP na ausência de LM traduz-se numa redução de custos humanos e económicos relacionados com as morbidades associadas à sua não administração, dos custos com o tempo até à autonomia alimentar e, portanto, também os tempos de internamento destas crianças. Com estas actividades, acredito estar a contribuir para sensibilizar a equipa para esta alternativa, despertando-lhes necessidades e quem sabe contribuir para introduzir paulatinamente esta prática na unidade, aumentando progressivamente o número de bebés com oportunidade de beneficiar desta "terapêutica", que muitas outras unidades, como a do Hospital Amadora Sintra e a do S. Francisco Xavier, já utilizam com frequência.

Toda a informação reunida acerca desta temática foi compilada e deixada ao dispor dos profissionais de forma a constituir-se como documento de consulta rápida e acessível para os profissionais sobre esta temática recente em Portugal e desconhecida para muitos, que é o BLH.

A identificação desta problemática exigiu a presença de uma consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com a criança/família e a identificação de necessidades formativas na área da SIP. A intervenção realizada demonstrou competências de tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas; ter iniciativa e ser criativa na interpretação e resolução de problemas; incorporar na prática resultados de investigação válidos e relevantes e conseqüentemente, promover a formação em serviço.

❖ CONTRIBUIR PARA O CONHECIMENTO DA REALIDADE DA UCIN EM TERMOS DE TAXAS DE AM.

Ao apresentar a minha área temática aos colegas da UCIN e todo o meu percurso já efectuado em módulos anteriores, foi-me demonstrado interesse em adaptar o estudo sobre prevalência do AM elaborado no decorrer do estágio de Cuidados de Saúde Primários ao contexto da UCIN, uma vez que a amamentação é um foco primordial de atenção de toda a equipa alvo de várias estratégias mas que para as quais não há quaisquer resultados/feedback do investimento realizado. Devido aos limites temporais deste estágio seria impossível realizar este estudo, pelo que foi **a) elaborado e deixado no serviço o desenho do estudo** (ANEXO XVIII) para posterior implementação pela equipa.

Conhecer a realidade em termos de taxas de amamentação nos bebés que passam pela unidade, poderá permitir avaliar as intervenções realizadas e planificar acções efectivas. Só com um conhecimento aprofundado do número de mães que amamentam e das razões que levam a um desmame precoce, se poderá avaliar as práticas desenvolvidas e estabelecer a melhor estratégia de promoção e apoio ao AM neste contexto, cujas vantagens são inegáveis.

De salientar que, apesar dos condicionalismos próprios de uma UCIN, tais como a condição frágil dos RN, a separação mãe/bebé, a primeira mamada tardia, a restrição na frequência e duração das mamadas, o recurso fácil e exagerado a biberões com soro ou água açucarada, etc. (WHO/UNICEF, 1989; BEEKEN E WATERSTON, 1992), não há motivos para que as mães não façam planos de alimentar os seus filhos, até porque, cabe-nos a nós, profissionais de saúde, pensar e desenvolver formas de minimizar esses danos e fazer com que as mães mantenham a produção de leite até o bebé chegar em casa; é um esforço e requer muito investimento, mas que trás em ganhos em saúde. Assim, propus a realização de um estudo exploratório, longitudinal, com o objectivo geral de avaliar a prevalência do AM nos bebés internados na Unidade e como objectivos específicos:

- ❖ Conhecer as causas mais frequentes de abandono do AM;
- ❖ Avaliar a relação entre AM e tipo de parto, idade da mãe, paridade, experiência em AM e escolaridade.

As variáveis em estudo serão:

- ❖ tipo de parto
- ❖ idade da mãe
- ❖ paridade
- ❖ experiência em aleitamento materno
- ❖ escolaridade
- ❖ amamentação à data de alta
- ❖ amamentação ao 1º mês de vida, 3 e 6 meses
- ❖ causa de abandono
- ❖ prescritor de leite de fórmula

Para definir a amostra foram feitas várias abordagens à equipa no sentido de pedir a sua opinião acerca dos critérios de inclusão/exclusão, tendo-se seleccionado como critérios de exclusão:

- ❖ Grandes Prematuros < 32 semanas e 1500gr .
- ❖ Bebés com patologia Cirúrgica.

O instrumento de recolha de dados seleccionado para o efeito foi construído com base num estudo semelhante de CALDEIRA et al, realizado no Centro de Saúde Barão do Corvo, em 2003.

A recolha de dados será realizada através do preenchimento de um questionário, em 4 fases: antes da alta do bebé, ao 1º mês de vida, 3º e 6º mês, via telefónica e, estes momentos-chave foram seleccionados tendo em conta os indicadores propostos pela OMS para o AM. Os dados deverão ser sujeitos à estatística descritiva e inferencial.

Todos os pais dos bebés incluídos no estudo deverão preencher o consentimento informado aquando o internamento, autorizando ser contactados nas datas previstas e que os seus dados possam ser utilizados para estudo.

Esta elaboração desta actividade contribuiu essencialmente para *participar e promover a investigação em serviço.*

❖ **DESENVOLVER COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, CIENTÍFICAS E RELACIONAIS DE ENFERMAGEM AVANÇADA NO CUIDAR DO RN/FAMÍLIA DE ALTO RISCO, EM CONTEXTO DE NEONATOLOGIA, NO ÂMBITO DAS FUNÇÕES DO EESIP.**

"A complexidade e o criticismo das crianças internados, a falência funcional e a necessidade de um controlo rigoroso apresentam-se como as maiores especificidades, referências que nos reenviam para a componente tecnológica destas unidades, (...)" (BÁRTOLO, 2008, p. 9). Além destas características, a UCIN apresenta-se como um contexto de trabalho fechado, marcado pela insegurança, pelo imprevisto, pela constante adaptação a novas situações, onde não se conhece a rotina e está presente um ritmo de trabalho intenso e de grande exigência técnica. Todas estas

características fazem com que seja um local de excelência para a aquisição e desenvolvimento de novos saberes e competências.

Sobre este ambiente característico, marcado pela vertente técnica e tecnológica, a evidência científica existente permite-nos afirmar que este pode ter efeitos adversos no desenvolvimento de um RN, nomeadamente devido aos estados de sono difuso e choro não atendido, posicionamentos, manuseamento excessivo, ambiente ruidoso, falta de oportunidade para sugar e pobreza de interações sociais e de cuidados (ALS e GILKERSON, 1997).

No caso específico de um RN prematuro, sabe-se que o seu desenvolvimento é multifacetado, envolvendo um conjunto de factores e sendo o resultado de uma interacção dinâmica contínua entre factores biomédicos e ambientais (CUSTÓDIO, 2010). Neste âmbito, é visível o Modelo de CASEY (1993) na prestação de cuidados, onde a intervenção centrada na família e a negociação são os principais pilares dos cuidados de enfermagem. Assim, a participação e a permanência dos pais no serviço é encarada como benéfica quer para a criança, pela possibilidade da família potencializar esse desenvolvimento e de melhorar o seu prognóstico, quer para a integridade da família.

Para SHELTON e STEPANEK cit. em DUNST (1997):

“ A intervenção centrada na família resulta... em práticas onde o papel principal da família é reconhecido e respeitado. As famílias são apoiadas no seu papel de prestador de cuidados com bases nas suas forças únicas, como indivíduos e como famílias. São criadas oportunidades para as famílias tomarem decisões informadas em relação aos seus filhos e mais importante, essas escolhas são respeitadas.”

A aplicação destes conceitos base, são evidentes ao longo de todo o processo de intervenção na criança desde o primeiro contacto entre a família e os profissionais e, desde cedo os enfermeiros tentam explicar aos pais que a permanência na UCIN é temporária, e que mais tarde, serão eles a assumir os cuidados do seu filho em casa. Para os bebés que estão muito doentes ou que são grandes prematuros, que não estão em condições de serem pegados ao colo, é incentivado o toque, com alguns cuidados, para sentirem o “calor” da presença dos pais, podendo estes participar directamente nos cuidados em algumas áreas específicas como cuidados de higiene, alimentação, mudança de fraldas... A sua participação ajuda a desenvolver competências, que contribuirão para o sucesso do processo de preparação para a alta e o regresso a casa. De acordo com FERREIRA e COSTA (2004), ao procurar envolver a família nos cuidados quer familiares quer de enfermagem, os enfermeiros estão a contribuir para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar da criança, no momento e, posteriormente, em casa. Estes requisitos são essenciais e imprescindíveis para garantir a continuidade domiciliária de cuidados eficazes. Além do mais, para este mesmo autor, a participação dos pais nos cuidados à criança faz com que estes não sejam apenas visitantes nem técnicos, mas sim parceiros/companheiros no cuidar, perspectiva esta que permite um crescimento físico, emocional e social quer da criança quer da própria família.

O Método Canguru é também uma técnica amplamente utilizada nesta unidade. As mães (ou pais) são estimuladas a colocarem os seus filhos numa posição verticalizada entre os seios, debaixo das suas roupas, proporcionando calor humano e estímulos sensoriais positivos. Entre as vantagens deste método, salientam-se: estimulação do contacto precoce da mãe (ou pai), com o RN; a promoção do vínculo afectivo; a diminuição do tempo de separação do RN com a família; a regulação térmica da criança; a diminuição da taxa de infecções hospitalares; a diminuição do tempo de internamento; a promoção da confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho e ainda, a estimulação do AM (LAMY et al, 2005). A promoção da amamentação é ainda um dos objectivos da equipa de saúde, incentivando a extracção mecânica de LM com bomba e sua conservação, enquanto a situação clínica do bebé não o permite mamar directamente da mama da mãe.

O fornecimento de explicações e informações sobre o bebé, são ainda outra preocupação da equipa, dados estes que ajudam os pais a compreender melhor as decisões da equipa de saúde, bem como os aspectos técnicos envolvidos nos cuidados prestados ao seu bebé.

Contactar com a criança/família neste contexto específico, conhecer as suas problemáticas e as suas vivências, prestar cuidados a bebés com patologias complexas que carecem de cuidados altamente diferenciados, desenvolver a minha destreza no manuseamento de equipamento e material sofisticado, conhecer métodos de trabalho diferentes, diferentes práticas... enfim, conhecer uma realidade distinta daquela que experiencio diariamente foi sem dúvida muito enriquecedor para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. De destacar que apesar dos constrangimento temporais de um estágio de quatro semanas num ambiente complexo como a UCIN tive oportunidade de colaborar e prestar cuidados a bebés de alto risco e desenvolver a minha destreza manual em técnicas como ventilação, manipulação de cateteres percutâneos e umbilicais, alimentação parentérica, entre outros, práticas estas, pouco frequentes no meu contexto de trabalho, e que me permitiram transferir e aplicar estes mesmos conhecimentos e competências para o meu dia-a-dia, melhorando o meu desempenho. Além do desenvolvimento de competências no domínio técnico, fruto da componente tecnológica marcante da uma UCIN, tive ainda oportunidade de compreender e envolver-me nas dinâmicas familiares associadas ao nascimento de um bebé prematuro ou com patologia grave podendo reflectir sobre as vivências e sentimentos presentes nestas situações e ainda intervir através do estabelecimento de uma relação de ajuda e escuta activa. Presenciei ainda situações como o investimento terapêutico, nomeadamente quando a equipa está em dissonância relativamente a decisões sobre situações limite, sendo um foco de dificuldades emocionais e dilemas não só da família mas também dos profissionais. Estas vivências complexas e difíceis contribuíram em muito para o desenvolvimento de competências relacionais.

2.5 MÓDULO II - INTERNAMENTO PEDIÁTRICO DO CHTV

2.5.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Serviço de Pediatria encontra-se localizado no Piso 0 do CHTV. É constituído por três unidades: A Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e a Unidade de Internamento, com valências do foro médico e cirúrgico (Cirurgia Geral, Otorrino e Ortopedia). Passo a descrever a unidade onde se desenrolou o meu estágio.

Unidade de Internamento

O serviço de internamento tem uma capacidade máxima de 19 crianças, estando estas vagas destinadas à pediatria médica, ortopedia infantil, à cirurgia geral e ORL. Estas vagas estão distribuídas por 7 salas, existindo ainda uma sala de brincar/lazer para as crianças, uma sala de trabalho, uma sala de tratamentos, uma sala de reuniões, um gabinete médico e outro de enfermagem, uma copa e quatro casas de banho.

Nesta unidade os cuidados são prestados através do método individual de trabalho, ficando cada enfermeiro responsável pelas suas crianças, favorecendo a personalização e a continuidade dos cuidados.

As patologias do foro médico mais frequentes são as pneumonias, as bronquiolites, as gastroenterites e infecções urinárias baixas e pielonefrites. Na área cirúrgica, as fimoses para circuncisão, as apendicectomias e eventualmente as herniorrafias. Na ortopedia os procedimentos cirúrgicos mais frequentes são os calcâneos stop, as epifisiodeses e reduções e imobilizações de fracturas. Ainda, as luxação congénitas da anca para tratamento em leito de Morel previamente à colocação de gesso (ANEXO XIX).

O estágio nesta instituição decorreu entre o período de 22 de Novembro a 28 de Janeiro de 2011, numa carga horária de 180 horas.

2.5.2 ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

Este estágio, desenvolvido em contexto de trabalho, teve o diagnóstico de situação facilitado pelo facto de já conhecer a realidade e o grande objectivo a alcançar estar já previamente definido. As actividades desenvolvidas focaram uma intervenção directa nos factores que exercem **Influências Situacionais** sobre a amamentação, no sentido em que, por si só e pelas suas próprias características, o ambiente impessoal e não-familiar do hospital é à partida uma barreira ambiental para a manutenção do AM. Assim, intervi no contexto onde a mãe/bebé/família estão inseridos durante a hospitalização, de forma a proporcionar um ambiente favorável a esta prática.

❖ IMPLEMENTAR O PROJECTO “CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO”.

A concepção e a implementação deste projecto deriva de uma inquietação/necessidade pessoal sentida diariamente no meu contexto de trabalho. Sendo o AM um foco de atenção para quem presta cuidados em pediatria, incomodava-me constatar que as nossas práticas constituíam obstáculos à manutenção do AM e que grande parte das crianças lactantes admitidas no serviço, eram desmamados durante o internamento. Assim, o diagnóstico de situação partiu da necessidade de adoptar uma Política efectiva de Promoção, Protecção e Apoio ao AM, de acordo com a declaração conjunta da WHO/UNICEF de 1989, através da implementação do Projecto “Cantinho da Amamentação”, no Serviço de Pediatria do CHTV.

Este objectivo é importante na medida em que, uma das causas para o abandono precoce do AM deriva dos serviços de saúde não promoverem e apoiarem adequadamente esta prática (OMS/UNICEF, 1993).

Para ALMEIDA (1996, p.40) *“acontecimentos ligados às práticas hospitalares (...) durante a estadia da mãe e do bebé no hospital, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno”*. Muitos são os estudos que o comprovam, nomeadamente: um estudo de QUATTRONE et al (1995), avaliou o impacto da hospitalização na prática da amamentação entre 108 lactentes menores de seis meses, num hospital de Buenos Aires, Argentina, Os autores observaram que 60% dos lactentes que eram amamentados no início do internamento, foram desmamados até à alta, dos quais, 42% o fizeram apenas pela hospitalização e não por causas médicas. Ainda SOUZA et al (2008), através de uma pesquisa com 97 crianças internadas com diagnóstico de infecção respiratória numa Unidade de Lactentes do Brasil, demonstrou uma associação significativa entre a hospitalização e a manutenção da amamentação: factores como limitações físicas do hospital e a ausência de programas de incentivo ao AM dificultaram a manutenção dessa prática durante a hospitalização de bebés. Neste estudo, aquando a admissão, 57,1% das crianças faziam amamentação exclusiva (índice que pode ser considerado baixo uma vez que a OMS preconiza o AM exclusivo para todas as crianças de até seis meses de vida) e, ao longo do internamento, 35,4% desses bebés interromperam a amamentação exclusiva pela introdução da fórmula láctea no hospital.

Estes resultados demonstram assim, que muitos hospitais não estão ainda capacitados para apoiar e incentivar a amamentação. Para SARAIVA (2010) muitos são os factores decorrentes da hospitalização da criança que podem afectar o AM, quer em termos de produção quer em termos de ejeção de leite, aliado ao facto de durante a hospitalização as crianças serem frequentemente portadoras de problemas de saúde graves, que interferem com a sua capacidade de mamar. A mesma autora defende ainda, que para promover/apoiar esta prática durante o internamento, é fundamental que o enfermeiro direcione as suas intervenções no sentido de diminuir o nível de stress, angústia, ansiedade e preocupação dos pais, assim como criar condições para que a mãe

amamente. Sugere assim, o estabelecimento de uma comunicação eficaz com os pais, família e criança, um acolhimento individualizado e uma participação activa dos pais na equipa de saúde de forma a diminuir os seus destes sentimentos e emoções, mas também:

“encorajar o a mãe a estimular a produção de leite, através da extracção do mesmo, para posterior administração à criança por copo, sonda ou colher, quando, por razões clínicas ou outras, relacionadas com a criança e/ou com a mãe, não for possível amamentar; proporcionar um local acolhedor, reservado e calmo para a extracção do leite; proporcionando, sempre que possível, a extracção do leite materno junto do bebé, factor importante para que a mãe o consiga fazer mais facilmente; promover a sucção não nutritiva, dar formação aos pais sobre a forma de conservar e descongelar o leite extraído e incentivar o método “mãe canguru” (SARAIVA, 2010, p.143).

Podemos afirmar então, que os serviços de saúde e seus profissionais, têm um papel fundamental na adopção de práticas que favoreçam um ambiente propício à amamentação. Tomando estes aspectos como ponto de partida, a criação de um espaço que reúna as condições mínimas para as mães darem de mamar, material de apoio e informativo, num ambiente de privacidade e tranquilo, é um contributo para esta prática.

O planeamento do projecto incluiu as seguintes actividades: **a) reunião informal com o chefe do serviço para aprovação do projecto; b) elaboração do projecto escrito (ANEXO XX)** com o diagnóstico de situação, fundamentação da sua pertinência, objectivos, população alvo, actividades a desenvolver, recursos previstos e indicadores de avaliação; **c) contacto com a Mamamater (ANEXO XXI)**, entidade responsável pelo apoio à criação destes espaços e sua certificação juntamente com a DGS, de forma a tomar conhecimento dos requisitos necessários; **d) visita a outros “Cantinhos da Amamentação” (ANEXO XXII)** para partilha de saberes e experiências; **e) elaboração de proposta ao serviço de Pediatria para aquisição do material** necessário ao funcionamento do “*Cantinho da Amamentação*”; **f) contacto com representantes de empresas** para aquisição de material; **g) elaboração de um Guia Orientador de Boas Práticas para o cuidar da criança/família amamentada em contexto de hospitalização (ANEXO XXIII)**, realizado de acordo com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros sobre Guias Orientadores de Boas Práticas e com o objectivo de evidenciar os factores condicionantes da amamentação durante a hospitalização da criança; sistematizar princípios e estratégias de intervenção, com vista a obter informação relevante para uma melhoria da qualidade na intervenção em saúde à criança/família amamentada e promover uma uniformização nas práticas de promoção e apoio à amamentação na criança/família; **h) discussão deste manual com o chefe do serviço e enfermeiros especialistas da equipa; i) elaboração de uma folha de registo dos indicadores de avaliação do projecto (ANEXO XXIV) a anexar ao processo clínico das crianças amamentadas**; destacar, que através destes indicadores (taxa de abandono do LM durante a hospitalização e o nº de crianças a quem foi introduzido leite de fórmula no decorrer do internamento) é possível avaliar o impacto da hospitalização na amamentação

neste serviço; **j) selecção e decoração do espaço** (ANEXO XXV) previamente seleccionado para o efeito, em termos de decoração, cores, luminosidade e equipamento (cadeirão, almofada de amamentação, bombas extractoras de leite; discos de amamentação, sacos de conservação de leite, etc) e **l) selecção do material informativo a estar disponível no espaço**, nomeadamente: o Manual de Aleitamento Materno da Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, o Código Internacional de Marketing dos Substitutos de LM e folhetos diversos (vantagens do aleitamento materno, problemas mamários, extracção e conservação de leite materno). Foi ainda colocado no placard existente no local, uma notícia sobre o impacto da hospitalização na amamentação e ainda um artigo sobre os riscos do bisfenol A para a saúde das crianças, de forma a sensibilizar os profissionais para o uso indevido de material não apropriado para o armazenamento de LM.

Posteriormente, procedeu-se à divulgação do projecto através **m) da elaboração de posters dirigidos à família, que foram afixados no serviço** (ANEXO XXVI), **n) realização de uma sessão de formação** para apresentação do projecto e implicação da equipa de enfermagem mas também, para apresentar um conjunto de estratégias promotoras do AM em contexto hospitalar (ANEXO XXVII) e **o) colocação do projecto na Intranet do CHTV**.

A fase de operacionalização decorreu ainda durante o período de estágio, onde destaco as seguintes actividades: observação da mamada sempre que possível, no sentido de avaliar a pega, a postura e o toque; correcção da pega quando necessário; aconselhamento e/ou apoio prático em questões relativas à amamentação como problemas associados ou outras situações complexas que surgiram durante a hospitalização; disponibilização de material necessário para a extracção de LM durante a hospitalização para que a mãe mantivesse a produção de leite; validação do apoio prestado; registos no livro de Saúde Infantil e processo da criança para aferição do plano de cuidados e ainda, uma situação em que foi necessária a articulação para os Cuidados de Saúde Primários.

De salientar mais uma vez, que este projecto não se resumiu apenas à criação do espaço "*Cantinho da Amamentação*" propriamente dito, mas na adopção de um conjunto de estratégias subjacentes a uma política de promoção e apoio ao AM em contexto de hospitalização.

Este projecto revelou-se extremamente pertinente, permitindo uma intervenção directa nos condicionalismos da hospitalização para o AM, minimizando-os e apoiando a amamentação mesmo quando o bebé está doente e necessita ficar hospitalizado. Além de contribuir para uma melhoria das práticas em torno da amamentação estou também a ir ao encontro do referido no artigo 7º da Carta da Criança Hospitalizada, "*o Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança*" (IAC, 1998).

Fazendo uma transposição para o Modelo de Promoção da Saúde de PENDER, ao intervirmos junto das *Influências Situacionais*, estamos a influenciar a percepção pessoal da mulher/família sobre as opções disponíveis no âmbito do AM em meio hospitalar e conseqüentemente, promover esta prática.

Não posso deixar de referir que este estágio realizado em contexto de trabalho, se revelou numa mais-valia, no sentido em que me permitiu desenvolver um projecto no qual me posso manter envolvida e dar continuidade e que teve uma óptima aceitação da equipa, colegas que prestam cuidados diariamente a meu lado. Além do mais, o facto de desempenhar funções neste contexto e conhecer previamente a dinâmica orgânico funcional, permitiu-me uma plena adequação dos objectivos de aprendizagem.

Todo o processo subjacente à realização deste projecto pressupôs o desenvolvimento de competências de demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional assim como reflectir na e sobre a minha prática.

A criação de indicadores para o projecto contribui ainda especificamente para "definir e utilizar indicadores que permitam (...) avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (...) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias" (alínea c) do nº 3 do Artigo 7º do DL n.º 437/91) e, a monitorização do preenchimento da folha de registo dos indicadores para o exercício de uma supervisão e gestão dos cuidados prestados assim como liderança de equipas.

3. CONCLUSÃO

Com este relatório tentei transmitir as actividades desenvolvidas ao longo deste percurso de aprendizagem, com os objectivos subjacentes a cada uma delas assim como a fundamentação da sua pertinência e competências desenvolvidas com a sua realização.

Para começar, gostaria de salientar que foi uma mais-valia para mim não pedir acreditação a qualquer um dos módulos, tendo com isso, oportunidade de conhecer outras realidades, novos métodos de trabalho, diferentes abordagens à criança/família e desta forma, enriquecer a minha experiência profissional. Segundo RUZA e FRANCISCO & ORTEGA (2003), a acumulação progressiva de experiências produz conhecimento científico e é precisamente na experiência que os enfermeiros colocam a tónica da sua aprendizagem; é na prática clínica e no contexto dos cuidados que centram a mobilização de saberes.

O AM foi o tema central deste percurso. A sua pertinência decorre do facto de ser considerado uma prioridade para o normal desenvolvimento e prevenção de futuras patologias da criança. A sua prática é considerada pela OMS/UNICEF uma recomendação mundial de saúde Pública, sendo reconhecido por estas organizações o importante papel dos profissionais de saúde na sua promoção, protecção e apoio. No entanto, por diversas razões, esta prática não é uma opção viável para todos os lactentes.

Por todos os seus benefícios e porque enquanto EESIP temos um papel fundamental na implementação de um "Início de vida saudável" (OMS, 2002), cabe-nos compreender pormenorizadamente este foco de atenção e toda a sua problemática de modo a que possamos desenvolver, in loco, práticas de promoção, protecção e apoio ao AM de excelência, cada da vez mais aperfeiçoadas, adequadas e contextualizadas em Saúde Infantil. Foi neste âmbito que decorreu toda a minha actuação.

A nortear o percurso desenvolvido estive o **Modelo de Promoção da Saúde** de Nola Pender, que considerei aplicar-se à temática central do meu trabalho e que muito contribui para compreender os determinantes deste processo bem como orientar as minhas soluções. Além disso, promoveu a reflexão e a decisão no acto de cuidar, facilitando o alcance dos objectivos propostos para a promoção da saúde. Segundo BENNER, "*a teoria guia-nos e permite-nos colocar as questões certas*" (2001, p.61). A existência deste referencial teórico não só orientou e melhorou a minha prática como foi "*um excelente instrumento para explicar e predizer. Deu forma às perguntas e permitiu um exame sistemático de uma sequência de acontecimentos*" (BENNER, 2001,p.32). A aplicabilidade de teorias promove ainda a identidade da profissão, tornando-nos autónomos e independentes (FREITAS et al, 2006).

Tendo por bases este Modelo, no módulo I, as actividades desenvolvidas privilegiaram uma intervenção perante os *Benefícios de acção e nas barreiras percebidas* pela mãe sobre o AM, na

auto-eficácia percebida e nas *actividades relacionadas com a apresentação*, no sentido em que se investiu essencialmente na promoção desta prática, criando valores e comportamentos culturais favoráveis ao AM para que este possa ser assumido como uma norma e um estilo de vida saudável e vivenciado de uma forma prazerosa para a díade. Daqui, destaco os instrumentos desenvolvidos para a Consulta de Saúde Infantil e *Cantinho da Amamentação* e que contribuíram para uma metodologia de trabalho eficaz baseada numa abordagem sistematizada da criança/família em contexto de aleitamento, facilitando o levantamento de problemas/necessidade e o planeamento dos cuidados. Ainda, o estudo sobre prevalência do AM que permitiu conhecer a população infantil da Unidade de saúde em termos de taxas de aleitamento e conseqüentemente a redefinição de novas estratégias de actuação.

No módulo III, foquei-me nas *Influências Interpessoais* que podem ser condicionar o sucesso do AM. Sendo estas "os conhecimentos da mãe relativos aos comportamentos/crenças/attitudes dos outros" e sendo os "profissionais de saúde fontes primárias dessas influências" (TOMEY e ALLIGOOD, 2002 cit. PENDER, p. 705), as suas atitudes/práticas perante este foco de atenção são determinantes e servem como modelo de actuação, pelo que, as actividades desenvolvidas centralizaram-se na sensibilização dos profissionais para questões relativas a esta prática, de forma a que a mãe/família percepcione o mínimo barreiras possíveis. Na Urgência, elaborei um Manual com orientações promotoras e de apoio à amamentação e uma norma sobre manipulação do leite humano de forma a uniformizar procedimentos e a garantir segurança e qualidade na sua administração; em contexto de Neonatologia, realizei uma sessão sobre o Banco de Leite Humano contribuindo assim, para sensibilizar a equipa para a utilização de LHP em RN prematuros e/ou doentes, uma prática alternativa ao leite de fórmula e com inúmeros benefícios para os bebés. Ainda, um contributo de investigação para o conhecimento da prevalência do aleitamento materno na UCIN.

No módulo II, desenvolvido em contexto de trabalho, as actividades realizadas focaram uma intervenção directa nos factores que exercem *Influências Situacionais* para a prática do AM. Por si só, e pelas suas próprias características, o ambiente impessoal e não-familiar do hospital é à partida uma barreira ambiental para a manutenção desta prática. Assim, intervi directamente no contexto onde a mãe/bebé/família estão inseridos durante a hospitalização, minimizando os condicionalismos da mesma na amamentação, com o fim de proporcionar um ambiente favorável a esta prática. Daqui, destaco a criação do "*Cantinho da Amamentação*" inserido na implementação de uma política efectiva de promoção e apoio ao AM no Serviço de Pediatria. Este espaço reúne as condições mínimas para que as mães possam dar de mamar, material de apoio e informativo, contribuindo para que a mãe possa amamentar, mesmo quando o seu bebé está doente e necessita ficar hospitalizado. No final deste percurso, posso dizer, que a aplicação deste Modelo na prática foi plenamente pertinente, facilitando a assistência prestada à criança/família em contexto de AM e permitindo uma aproximação com a realidade em que vive esta díade.

As várias vertentes de actuação prenderam-se com a **promoção** desta prática, de forma a criar valores e comportamentos culturais favoráveis ao AM para que possa ser assumido como uma norma e um estilo de vida saudável, a **protecção**, cuidando para que nenhum obstáculo fosse colocado no percurso da amamentação e o **apoio**, criando condições para resolver os problemas que surgem assim como o restabelecimento de padrões de boas práticas nas instituições.

As intervenções realizadas tiveram como finalidade última, a satisfação das necessidades da criança/família para que alcance os níveis mais elevados possíveis de saúde, respeitando sempre as suas capacidades, crenças, valores e desejos; interagindo com empatia; estabelecendo parcerias e negociando os cuidados (CASEY, 1993); envolvendo as pessoas significativas; minimizando a influência negativa que a mudança de ambiente pode provocar na prática do AM, nomeadamente, a hospitalização para que a criança atinja o seu máximo potencial. Desta forma, optimizei os processos de crescimento e desenvolvimento de todos os envolvidos e forneci informação que conduziu à aprendizagem e à aquisição de novas capacidades, nomeadamente de parentalidade.

A análise crítica e a reflexão face à minha actuação, consistente com a minha filosofia de vida, com a filosofia da profissão, com os modelos teóricos que fundamentam a prática e com as competências do EESIP foram uma constante ao longo deste caminhar e muito contribuíram para provocar mudanças não só em termos pessoais como profissionais, determinantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Só com a reflexão profunda dos cuidados que prestamos, é possível adoptar estratégias que visem a melhoria dos mesmos e, conseqüentemente a qualidade da prática de Enfermagem aliada a uma melhor visão do papel do EESIP na sociedade.

As interrogações e o questionamento das diferentes formas de agir foram indispensáveis para todo um processo contínuo de auto-conhecimento e evolução pessoal e profissional que tenho vindo a desenvolver...querendo fazer e ser sempre mais e melhor, procurando representar da forma mais digna e exigente a profissão de Enfermagem.

Frequentar este mestrado foi consequência directa dessa forma de estar, pensar e agir e, os conhecimentos teóricos recentemente adquiridos possibilitaram um paralelismo com a prática, despoletando questões, às quais procurei respostas ao longo deste percurso e que me permitiu, acima de tudo, adquirir competências para uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado e autónomo. Competências estas fundamentais para o EESIP, para que se possa manter actualizado, demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos na área da Saúde Infantil, abordando questões complexas de modo sistemático e criativo relacionado com a criança/família e trabalhando sempre em multi e interdisciplinaridade. Intuição, previsibilidade, centralização no fulcro dos problemas, flexibilidade e adaptabilidade são também competências que ao longo deste percurso pude desenvolver e que, segundo BENNER, caracterizam um Enfermeiro Perito no cuidar (2001).

Neste sentido, cabe a cada uma de nós, enquanto EESIP, manter-nos actualizados e contribuir para uma prática de Enfermagem Avançada:

"...baseada numa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal, suportada por teorias de enfermagem que têm por "core" o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transacções vividas assim como, mais competências de tomada de decisão (SILVA, 2007, p. 18).

Assim, considero que os objectivos definidos foram pertinentes e que foram alcançados com sucesso, traduzindo-se não só no desenvolvimento de competências avançadas, mas essencialmente, por contribuírem para a maximização da saúde da criança/família, promovendo a obtenção de ganhos em saúde para todos, aumentando o nível de saúde ao longo do ciclo de vida das famílias e reduzindo o peso da doença.

Para finalizar e como sugestões, de referir que apesar de ser um assunto em voga e alvo de vários investimentos nas ultimas décadas, o AM continua a ser muitas vezes esquecido ou deixado para segundo plano, o que demonstra que muito há ainda por fazer juntos dos profissionais e serviços de saúde. Estudos recentes comprovam os benefícios do nascimento num Hospital Amigo dos Bebés para o estabelecimento e manutenção do AM, traduzindo a importância das práticas adoptadas. Porque não transpor as suas directrizes para todas as Instituições Pediátricas? Enquanto EESIP, ocupando uma posição estratégica no seio das equipas e actuando como agentes de mudança, podemos marcar a diferença não só pelos nossos conhecimentos especializados e competências específicas mas também na implementação de políticas de saúde adequadas que por sua vez, conduzirão a práticas de excelência no atendimento a criança/família em contexto de aleitamento.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ❖ ADAIR LS. ; POPKIN BM. - Low birth weight reduces the likelihood of breastfeeding among Filipino infants. J Nutr. nº 126, 1996, p.103-12.
- ❖ ALMEIDA, Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque d´ - O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica. Lisboa. Tese de doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa. 1996.
- ❖ ALMEIDA SANTOS L.; GUERRA AJM; AZEVEDO JM; SILVA D; AMADO F.; RODRIGUES V.; TEIXEIRA SANTOS N. - Alimentação no 1º ano de vida. Estudo retrospectivo de uma população infantil dos 0 aos 59 meses de idade. Arquivos de Medicina, nº 2, 1988, p. 56-61.
- ❖ ALS, H. e GILKERSOS L. - The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. Seminary of Perinatology, vol. 21, nº3, 1997, p.178 -179.
- ❖ AMARAL JMV; ESPINOSA L.; LOPES W. - Alimentação com leite materno na área urbana de Lisboa. Rev Port Pediatria, nº 10, 1979, p. 155-178.
- ❖ ANTUNES, L; CORUINA, M; MAIA, L. - Breastfeeding as a source of prevention in healthcare. Rev. Ciência e Saúde Colectiva, nº 13, 2006, p. 103-109.
- ❖ BADINTER, E. - Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- ❖ BÁRTOLO, Emília - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. Sísifo. Revista de Ciências da Educação, nº 5, 2008, p. 7-18.
- ❖ BATALHA, Luis - Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. Revista de Enfermagem Referência, III Série, nº 2, Dez. 2010, p.73-80.
- ❖ BEEKEN S.; WATERSTON T. - Health service support of breastfeeding: are we practicing what we preach? BMJ, nº 305, 1992, p. 285-287.
- ❖ BENNER, Patrícia - De Iniciado a Perito. Colecção de Enfermagem. Quarteto Editora. Coimbra, 2001, ISBN: 972-8535-97-X.
- ❖ BEVAN ML; MOSLEY D. ; LOBACH KS; SOLIMANO GR - Factors influencing breast feeding in an urban WIC program. J Am Diet Assoc, nº 84, 1984, p. 563-567.

- ❖ BIRENBAUM, E., FUCHS, C. e REICHMAN, B. - Demographic factors influencing the initiation of breast-feeding in a Israel urban population. *Pediatrics*, nº 83, 1989, p. 519-523.
- ❖ BLACK, B.; KÖVESI, C., CHUSID, I. J. - Hábitos bucais nocivos. *Ortodontia*, São Paulo, vol. 23, nº 2, Maio/Agosto, 1990, p. 40-44.
- ❖ BOWLBY, Jhn - Apego e Perda. vol. 1. S. Paulo: Martins Fontes, 1984.
- ❖ BRANGER, B.; CEBRON, M.; PICHEROT, G.; CORNULIER, M. de - Facteurs influençant la durée d'allaitement maternel chez 150 femmes. *Archive Pédiatrique*, nº 5, 1998, p. 489-496.
- ❖ CALDEIRA T.; MOREIRA, P.; PINTO, E. - Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. Centro de Saúde de Barão do Corvo, 2003.
- ❖ CALDEIRA, T.; MOREIRA, P.; PINTO, E. - Aleitamento materno: um estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Rev. Port Clínica Geral*, 2007, nº 23, p. 685-99.
- ❖ CARAMÉS, E. et al - Aleitamento no 1º ano de vida. *Nascer e Crescer*, nº 8, 1999, p. 247-250.
- ❖ CARBAJAL, R.; SOOCROMANIEN, V.; COUDERC, S.; JUGIE, M.; VILLE, Y. - Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: randomised controlled trial. *Medical publication of the year, 2003*. Acedido em <http://www.bmj.com/content/326/7379/13.abstract/5/1/2/1> a 13 de Maio de 2010.
- ❖ CARVALHO F.; FONSECA S.; ALMEIDA MDV. - Actas II Fórum de Projectos de Educação Alimentar: Promoção do Aleitamento Materno. *Revista Port Nutrição*, vol. VIII, nº 1 e 2, 1998, p.30-36.
- ❖ CASEY, Anne - Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. - *Advanced in Child Health Nursing*. London. Scutari, 1993. 193 p.
- ❖ CHEN, A.; ROGAN, W. J - Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*, nº113, 2004, p. 435-439.
- ❖ COMISSÃO NACIONAL INICIATIVA HOSPITAIS AMIGOS DOS BEBÉS/COMITÉ PORTUGUÊS PARA A UNICEF - Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projecto em acção, 2004.
- ❖ COSTA, Cleise dos R. - Representações do papel do pai no aleitamento materno. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica; Porto, 2007.

- ❖ CUSHING, A. H. et al □- Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in infants. *AMJ. Epidemiology*, nº147, 1998, p. 863-870.
- ❖ CUSTÓDIO, Zaira - Redes Sociais no contexto da prematuridade: factores de risco e protectores de desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida. Tese de Doutoramento em Psicologia, apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis, 2010.
- ❖ DECRETO-LEI (D.L.) nº. 437/91 de 8 de Novembro de 1991. Regime Legal da Carreira de Enfermagem.
- ❖ DECRETO-LEI (D.L.) nº. 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Acedido em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/> a 26 de Janeiro de 2011.
- ❖ DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (DGCSP) - Aleitamento materno: estudo da prevalência em seis distritos do Continente, 1990.
- ❖ DUFFY, E.P.; PERCIVAL, P.; K ERSHAW, E. - Positive Effects of antenatal group teaching session un postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery*, vol. 13, nº 4, 1997, p. 189-96
- ❖ DUNST, C.J. - Conceptual and empirical foundations to family-centered practices. In ILBACK, R.J.; COBB, C.T. e JOSEPH, H.M. - Integrated services for children and families; opportunities for psychological practice. Washington, DC: American Psychological Association, 1997, p, 75-91.
- ❖ DUNST, C. J. - Family-centered practices: birth trough high school. *The Journal of Special Education*, vol.36, nº 3, 2002, p.139-47.
- ❖ FERREIRA, António - Determinantes da tomada de decisão do tempo de amamentação. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Coimbra, 2004.
- ❖ FERREIRA, Manuela MC.; COSTA, Maria GFA. - Cuidar em Parceria: Subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista Millenium*, nº 30, Out. 2004, ISSN 1647-662X, p. 51-58. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/5.pdf> a 13 de Fevereiro de 2011.

- ❖ FONSECA S. - Promoção do aleitamento materno. Estudo sobre a sua prevalência e duração no concelho de Chaves. Trabalho realizado no âmbito do estágio do 5º ano do Curso de Ciências da Nutrição da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 1995.
- ❖ FONSECA, Sandra - Aleitamento materno numa população do concelho de Chaves. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Promoção/educação para a saúde apresentado à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 1999.
- ❖ FORD K.; LABBOK M. - Who is breast-feeding? Implications of associated social and biomedical variables for research on the consequences of method of infant feeding. *Am J Clin Nutr*, nº 52, 1990, p 451-456.
- ❖ FRANCO, L; REINOLDS, P - Factores associados ao abandono do aleitamento materno pela múltipara. Monografia apresentada no âmbito do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, ESESJC, Funchal, 2002.
- ❖ FREED GL.; FRALEY K; SCHANLER RJ. - Accuracy of expectant mother's predictions of father's attitudes regarding breast-feeding. *The Journal of Family Practice*, nº 37, 1993, p. 148-152.
- ❖ FREITAS, MKN.; FREITAS DA SILVA, GR; LEITE A.T; GIMENEZ G. MT - Aplicação da teoria interpessoal de Peplau com puérpera adolescente. *Invest.edic.enferm*, vol. 24, nº 1, 2006, p. 78-85.
- ❖ FREUDENHEIM, J. L. et al - Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. *Epidemiology*, nº5, 1994, p. 324-331.
- ❖ GALVÃO, Dulce - Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Loures. Lusociência, 2005, ISBN 972-8930-11-9, 199p.
- ❖ GDALEVICH, M.- Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol.*, nº 45, 2001, p. 520-527. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11568741> a 05 de Abril de 2010.
- ❖ GIUGLIANI, Elsa RJ - O Aleitamento Materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, vol. 76, nº 3, 2000, p. 238-252.
- ❖ GIUGLIANI, E.R.J. - Amamentação exclusiva e sua promoção. In CARVALHO, M.R.; TAMEZ, R., N. - Amamentação: bases científicas para a prática profissional. 2ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005, p.11-24.

- ❖ GIUGLIANL ERJ; ISSLER, RMS; JUSTO, EB; SEFFRIN, CF; HARTMAN, RM; CARVALHO, NM. - Risk factors for early termination of breastfeeding in Brazil. Act Pediatric. Oslo, nº 81, 1992, ISSN 0803-5253, p. 484-487.
- ❖ GIUGLIANI, Elsa R.J. et al - Conhecimentos maternos em amamentação e factores associados. J Pediatr, Rio de Janeiro, vol.71, nº2, 1995, p.77-81. Acedido em http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-02-77/port_print.htm a 10 de Janeiro de 2011.
- ❖ GOMES, António; ROCHA, Luísa - Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. Coimbra. Saúde Infantil, vol.20, nº3, Dezembro 1998, p.59-66.
- ❖ GOMES-PEDRO, João - A criança e a nova Pediatria, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1999, ISBN 972-31-0827-5.
- ❖ GONÇALVES, Ana Raquel Saraiva - Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. Sísifo. Revista de Ciências da Educação, nº 5, 2008, p. 59-68. Acedido em <http://sisifo.fpce.ul.pt> a 10 Fevereiro de 2011.
- ❖ GRAY-DONALD K; KRAMER MS; MUNDAY S; LEDUC DG. - Effect on formula supplementation in the hospital on the duration of breast-feeding: a controlled clinical trial. Pediatrics, nº 75, 1985, p. 514-518.
- ❖ GROSSMAN, LK; LARSEN-ALEXANDER, IB; FITZSIMMONS, SM; SACHS, L; HARTER, C - The infant feeding decision in low and income women. Clinical Pediatrics. Glen Head, nº 29, 1990, ISSN 0009-9228, p. 30-7.
- ❖ GUISE J-M; PALDA V; WESTHOFF C; CHAN BKS; HELFAND M; LIEU TA - The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. Ann Fam Med, nº 5, 2003, p.70-8.
- ❖ HANSON, L.A. - The mother-offspring dyad and the immune system. Act Pediatric, nº 89, 2000, p. 252-258.
- ❖ HAWKES, J.S; NEUMANN, M.A; GIBSON, R.A - The effect of breastfeeding on lymphocyte subpopulations in healthy term infants at 6 months of age. Pediatric Rev, nº 45, 1999, p. 648-651.
- ❖ INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (IAC) - Carta da criança hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa: IAC. 1998, ISBN 972-8003-14-5, 16 p

- ❖ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (ICN) - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão B2. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2010.
- ❖ INGRAM, J.; JOHNSON D.; GREENWOOD, R. - Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning and support from fathers and families. *Midwifery*. vol. 18, nº 2, 2002, p. 87-101.
- ❖ JACOBSON, SW; JACOBSON, JL; FRYE, KF - Incidence and correlates of breast-feeding in socioeconomically disadvantaged women. *Pediatrics*. Elk Grove Village, nº 88, 1991, ISSN 0031-4005, p. 728-736.
- ❖ KISTIN, N.; BENTON, D.; RAO, S.; SULLIVAN, M. - Breastfeeding Rates Among Black Urban Low-Income Women: Effect of Prenatal Education. *Pediatrics*, nº 86, 1990, p. 741-746.
- ❖ KRAMER, M.S. et al - Promotion of breastfeeding intervention trial: A randomized trial in the republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, nº 285, 2001, p. 413-420.
- ❖ LAMY, Zeni; GOMES, Maria A; GIANINI, Nicole; HENNIG, Márcia - Atenção Humanizada ao RN de baixo peso - método canguru: a proposta brasileira. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, vol.10, nº 3, 2005, p. 659-668.
- ❖ LEITE, Adriana Moraes; CASTRAL, Thaila Corrêa; SCOCHI, Cármen Gracinda Silva - Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em RN?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, nº59 (Julho-Agosto) 2006, p.538-542. Acedido em www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a12v59n4.pdf a 23 de Janeiro de 2008.
- ❖ LEVY, Leonor. - A alimentação no primeiro ano de vida. *Revista Portuguesa de Pediatria*. Lisboa. vol 25, nº 3, Maio-Junho1994, ISSN 0301-147X, p.191-204.
- ❖ LEVY, L; BÉRTOLO, H - Manual do Aleitamento Materno. Portugal. Edição Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2002. ISBN 96436, 43p.
- ❖ LOPES e MARQUES P. - Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 20, 2004, p. 539-44.
- ❖ LÓPEZ-ALARCON, M. VILLALPANDO S, FAJARDO, A - Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *Journal of Nutricion*, nº 127, 1997, p.436-443.

- ❖ LOSCH M; DUNGY CI; RUSSELL D; DUSDIEKER LB. - Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. J Pediatrics, nº 126, 1995, p. 507-514.
- ❖ LYON, M-L; CHILVER, G; WHILE, DC; WOOLLETT, A - Current maternal attitudes to infant feeding methods. Child: Care, Health and Development. Oxford, nº7 , 1981, ISSN 0305-1862, p. 145-151.
- ❖ MAIA, M.J.C - O Papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. ICBAS, Porto, 2007.
- ❖ MAMA MATER - Proposta para instalação do Cantinho da Amamentação. Acedido em <http://www.slideshare.net/bibliotecavirtualam/cantinho-da-amamentao-proposta-para-instalao> a 11 de Janeiro de 2011.
- ❖ MARGOTTO, Paulo R; ROGRIGUES, Débora N - Dor Neonatal: Analgesia/Sedação. Capítulo do livro Assistência ao recém-nascido de risco. Editado por Paulo R. Margotto, 2ª ed.,2004. Acedido em <http://www.Paulomargotto.com.br/documentos/35.doc> a 24 de Janeiro de 2010.
- ❖ MARTÍN, R. M et al□ - Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. American Journal Epidemiology, nº161, 2005, p.15-26.
- ❖ MARTINEZ, G.A. e NALEZIENSKI, J.P. 1980 update: the recent trend in breast-feeding. Pediatrics, nº 67, 1981, p. 260-3.
- ❖ MELHADO, Lisa - Breast-Feeding Support Interventions Associated with Increased Practice. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. New York. vol. 40, nº1, Mar 2008, p. 54-55.
- ❖ MOLEIRO, A; GOMES, A; NONA, M. - Aleitamento Materno. Consensos Nacionais de Neonatologia. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra, 2004, p. 113-116.
- ❖ NAKANO MAS; REIS MCG, PEREIRA MJB, GOMES FA.- Women's social space and the reference for breastfeeding practice. Rev Lat Am Enfermagem, nº 2, 2007, p.230-8.
- ❖ NELAS, Paula; FERREIRA, Manuela; DUARTE, João - Motivação para amamentar: construção de um instrumento de medida. Revista de Enfermagem Referência, II série, nº 6, 2008.
- ❖ NETO, Maria T - Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na prevenção. Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006, p.23 -26.

- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Rede de Cuidados de Saúde Primários: modelos de gestão dos Centros de Saúde. 2004, p. 11-14. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_12_Maio_2004.pdf a 07 Fevereiro de 2011.
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de Desenvolvimento Profissional: Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro especialista. Dezembro, 2009.
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, 2010.
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico dos Enfermeiros. Inserido no Estatuto da OE, republicado como anexo à Lei 111/2009 de 16 de Setembro. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> a 13 de Janeiro de 2011.
- ❖ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra, 1989, ISBN 92806 00419.
- ❖ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Alimentação Infantil: Bases Fisiológicas. São Paulo. James Akaré Editor, 1994.
- ❖ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Nutrição do Lactente e Criança: Estratégia mundial para alimentação do lactente e criança, 2002.
- ❖ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF) - Aconselhamento em Amamentação. Um curso de Treino. Guia do Treinador. Lisboa. OMS/UNICEF, 1993.
- ❖ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF) - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante. OMS/UNICEF, 1997, 186p.
- ❖ ONSA - Inquérito Nacional de Saúde - Continente 1998-1999. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. Observatório Nacional de Saúde. 1999.

- ❖ PEREIRA, Maria Adriana - Aleitamento Materno. Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação. Resultados de um Estudo Experimental. Loures: Lusociência, 2006, ISBN: 972-8930-21-6, 229 p.
- ❖ PEREIRA, M.A.; LEVY, Leonor.; MATOS, Maria; CALHEIRAS, José - Influência da correção da pega no sucesso do Aleitamento materno: resultados de um estudo experimental. Revista de Enfermagem Referência, II série, nº 6, Junho 2008, p. 27-38.
- ❖ PÉREZ-ESCAMILLA R; POLLITT E; LONNERDAL B; DEWEY KG - Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. Am J of Public Health, nº 84, 1994, p.89-97.
- ❖ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa. Ministério da Saúde, 1999, ISBN 972-9425-69-8, 103 p.
- ❖ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos: prioridades. Lisboa. DGS. vol. I, 2004a, ISBN 972-675-109-8, 88p..
- ❖ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos: orientações estratégicas. Lisboa. DGS. vol. II, 2004b, ISBN 972-675-110-1, 216p.
- ❖ PORTUGAL. Direcção Geral Da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - Saúde Infantil e Juvenil: Programa tipo de actuação, 2ª ed. Lisboa, 2005, ISBN 972-675-084-9.
- ❖ QUATTRONE F. Dell Oso et al - Abandono de la lactancia como consecuencia de la internación pediátrica. Rev. Med Infant, nº2, 1995, p.97-9.
- ❖ REA, M.F. - Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. Revista de Saúde Pública, vol.28, nº5, 1994, p.365-72.
- ❖ REIFF, M.I; ESSOCK-VITALE, S.M - Hospital Influences on Early Infant-Feeding Practices. Pediatrics, nº 76, 1985, p. 208-215.
- ❖ RENE, Cailliet - Dor: Mecanismos e tratamento. Porto Alegre: Artmed.1999.
- ❖ REYNES, H. et al □- Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes, Health Policy Plan, nº12, 1997, p. 214-223.

- ❖ RYAN AS, RUSH D, KRIEGER FW, LEWANDOWSKI GE. - Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989. *Pediatrics*, nº 88, 1991, p.719-727.
- ❖ RUZA T; FRANCISCO & ORTEGA, F - UCIP en la asistencia pediátrica actual. *Cuidados Intensivos Pediátricos*, Madrid. Ediciones Norma-Capitel, vol. 1, 2003, p. 3-21.
- ❖ RYAN, AS; MARTINEZ, CA - Breast-feeding and the working mother: a profile. *Pediatrics*. Elk Grove Village, nº 83, 1989, ISSN 0031-4005, p. 524-531.
- ❖ SARAFANA, Sofia et al - Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, vol.37, nº 1, Jan-Fev. 2006, p. 9-14.
- ❖ SARAIVA, Helena - Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção. Lidel Edições técnicas, Lda., Abril 2010, ISBN 978-972-757-659-3.
- ❖ SANDES, Ana Rita et al - Aleitamento materno: Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, nº 20, 2007, p.193-200.
- ❖ SCIACCA JP; PHIPPS BL; DUBE DA; RATLIFF MI.- Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program. *J Am Diet Assoc*, nº 95, 1995, p. 323-328.
- ❖ SHAH, PS; ALIWALAS, LL; SHAH, V- Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. Canada. 2004. Acedido em <http://www.nichd.nih.gov/cochrane/shahprak/shahprak.htm> a 20 de Janeiro de 2011.
- ❖ SINGHAL, A. et al - Lactancia materna y el perfil de lipoproteínas en los adolescentes. *The Lancet*. nº363, 2004, p. 1571-1578.
- ❖ SILVA, Abel Paiva e – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e disciplina. *Rev. Servir*, vol. 55, nº 01-02, Jan-Abril 2007, p. 11-20.
- ❖ SILVA, D. V; FONSECA, S - Aleitamento materno: uma alimentação ecológica e inteligente. Porto. Editor Norberto Teixeira dos Santos, 1997.
- ❖ SIMEONSSON, R.; BAILEY, D. - Family Dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* Cambridge: Cambridge University Press. 1990. p. 428-444.

- ❖ SOUZA, Edna L. et al - Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.5, nº 24, 2008, p.1062-1070.
- ❖ TOMEY M.A., ALLIGOOD R.M. - Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de Enfermagem. 5ª ed. Lisboa: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-74-6, 750p.
- ❖ UK CHILDHOOD CANCER STUDY INVESTIGATORS - Breastfeeding and childhood cancer. Br J Cancer, nº 85, 2001, p. 1685-1694.
- ❖ UNICEF - Situação da amamentação no mundo dos anos 90. Acedido em <http://www.aleitamento.org.br/indices90.htm> a 06 de Dezembro de 2010.
- ❖ VANNUCHI et al - Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno numa unidade de neonatologia. Revista de Saúde Pública. S. Paulo, vol.38, nº3, 2004. Acedido em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034_89102004000300013&script=sci_arttext a 15 Janeiro de 2011.
- ❖ VASCONCELES, M. G. L; LIRA P. I.C; LIMA M. C. - Duração e factores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, nº 1, 2006, p. 99-105.
- ❖ VICTORA, CC; HUTTLY, SR; BARROS, FC; VAUGHAN, JP - Caesarean section and duration of breastfeeding among Brazilians. Archives of Disease in Childhood. London, nº65, 1990, ISSN 0003-9888, p. 632-634.
- ❖ VIEIRA, G. O. et al - Factores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, nº 4, Abr/Jun 2004. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-8292008000100005&nrm=iso&lngn em 12 Abril 2010.
- ❖ VITOR, J.F; LOPES, M.V.O; XIMENES, L - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paul Enferm. vol. 18, nº 3, 2005, p.235-40.
- ❖ WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA) – Declaração de Quezon City sobre Amamentação, Mulher e Trabalho: Direitos humanos e soluções criativas. Workshop Internacional da World Alliance for Breastfeeding Action, 1-5 de Junho de 1998, Filipinas.1998.

Acedido em http://www.ibfan-alc.org/nuestro_trabajo/archivo/derecho-maternidad/otros_doc/quezon.htm a 08 Janeiro de 2011.

- ❖ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - The prevalence and duration of breastfeeding: a critical review of available information. World Health Statistics, nº 35, 1982, p. 92-116.
- ❖ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Infant feeding: the physiological basis. Bulletin of the World Health Organization, nº 67, 1989.
- ❖ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Indicators for assessing breastfeeding practices. Genebra. World Health Organization, 1991.
- ❖ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Global Strategy for Infant and young child feeding. Word Health Organization. Genebra, 2003.
- ❖ WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (WHO/UNICEF) - Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: WHO, 1989.
- ❖ ZIEGLER, EE et al - Aggressive nutrition of the very low birth weight infant. Clinics Perinatol, nº 29, 2002, p, 225-44.

CECD MIRA SINTRA



C.E.C.D. Mira Sintra
Centro de Educação para o Cidadão Deficiente

MÓDULO I - RECURSOS DA COMUNIDADE

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

19 A 21 ABRIL DE 2010

CECD Mira Sintra

O **C.E.C.D MIRASINTRA** é uma cooperativa de solidariedade social, reconhecida como instituição de utilidade pública, sendo assim uma entidade pública sem fins lucrativos. Foi fundada em 1976 por pais e técnicos. Desde o início que os saberes e experiência de uns e outros estão presentes na gestão da cooperativa. Atende mais de oito centenas de crianças, jovens e adultos que precisam de apoios especializados, devido a perturbações no seu desenvolvimento e/ou deficits acentuados no seu rendimento escolar, laboral ou social. Dispõe de estruturas diferentes, em espaços diferentes, com programas específicos e equipas multidisciplinares, adaptadas às necessidades e características da população atendida e o seu âmbito de acção estende-se prioritariamente ao Concelho de Sintra.

Visão: o CECD Mira Sintra pretende ser uma Organização de referência, numa sociedade inclusiva, promovendo a Igualdade respeitando a Diferença.

Missão: A missão do *CECD MIRA SINTRA* **consiste em desenvolver serviços** de qualidade para as pessoas com deficiência intelectual, multideficiência e outras pessoas em desvantagem, promovendo os seus direitos e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Os Valores Organizacionais: Respeito, Valorização da Diferença, Evidência da Capacidade, Confidencialidade, Participação activa, Cooperação, Espírito de Equipa, Lealdade, Profissionalismo, Imparcialidade, Parcimónia (Utilização Racional dos Recursos, Optimismo, Responsabilidade social e ambiental.

Os seus objectivos são:

- ✓ Promover o desenvolvimento máximo das capacidades dos seus utentes, otimizando o seu potencial;
- ✓ Rentabilizar as suas capacidades remanescentes;
- ✓ Valorizar e dignificar a sua imagem;
- ✓ Promover a sua plena inclusão na sociedade;
- ✓ Lutar pelo seu reconhecimento enquanto cidadãos de pleno direito procurando obter para eles uma verdadeira igualdade de oportunidades.

Estruturas/Valências:

1. Unidade Integrada de Intervenção Precoce na Infância
2. Escola de Educação Especial
3. Centro de Emprego Protegido
4. Unidade de apoio a família
5. Centro de Medicina e Reabilitação
6. Centro de Actividades Ocupacionais
7. Centro de Formação Profissional

1. UNIDADE INTEGRADA DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA (SIP)

O SIP, iniciou a sua actividade em Novembro de 1994, com um acordo que abrangia apenas 14 Famílias com crianças entre os zero e os seis anos de idade, em risco biológico, estabelecido e / ou social. Em Março de 1997, obteve um alargamento para 40 Famílias. Está sediado no Centro de Saúde Dr. Joaquim Paulino, em Rio de Mouro, que disponibilizou um gabinete médico (sala 120- 1º andar) e um horário na sala de preparação para o parto (r/c). A equipa é composta por duas Psicólogas, sendo uma delas a Directora Executiva, uma Técnica de Serviço Social, uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação, duas Terapeutas Ocupacionais e uma Terapeuta da Fala.

Projecto de Intervenção Atempada

Quanto ao Projecto Intervenção Atempada “Somos Crianças”, assentou na parceria entre o CECD e a Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos do Cacém, com base na Portaria 1102/97 alínea c). O Projecto teve início no ano lectivo de 97/98, sendo nessa altura dirigido a dez Famílias com crianças dos zero aos 6 anos em risco ambiental, biológico e estabelecido, tendo subjacente a articulação de recursos, para o encontro de respostas adequadas às necessidades sinalizadas nas e pelas Famílias referenciadas.

A partir do ano lectivo de 98/99, passou a ser constituído por quatro acções - chave: Reuniões Pluridisciplinares, Exposição Interactiva 'Somos Crianças', Intervenção Comunitária no Bairro Joaquim Fontes e criação de um Espaço de Acolhimento Temporário. A Equipa é composta por 3 educadoras da rede dos Apoios Educativos, destacadas para o Projecto, uma Terapeuta Ocupacional, uma Terapeuta da Fala, uma Psicóloga e uma Vigilante. É de salientar que, em função do desenvolvimento de cada uma das acções foram realizadas parcerias com outros serviços/instituições nomeadamente com a Câmara Municipal de Sintra (Divisão de Educação e Divisão de Habitação e Acção Social) e a Santa Casa de Misericórdia de Sintra. Este Projecto finalizou a sua actividade em Julho de 2008, por via de alterações decorrentes na legislação de suporte. Continua em funcionamento o Espaço de Acolhimento Temporário - a Sala Xs-, no Centro Lúdico das Lopas, através da formalização de Protocolo com a Câmara Municipal de Sintra.

Projecto de Intervenção Precoce (PIP)

O PIP nasceu em Dezembro de 2004, com base na implementação do Despacho Conjunto 891/99, que pressupõe a articulação do Ministério da Saúde, do Ministério de Educação e do Instituto de Solidariedade e Segurança Social. De facto, foi assinado um Acordo Atípico entre a Área Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a Direcção Regional de Lisboa e o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, que em termos funcionais substanciam a articulação entre o CECD, a Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos de Sintra e Rio de Mouro e o Centro de Saúde de Algueirão.

A Equipa é composta por uma Coordenadora, uma Psicóloga (4h), uma Terapeuta de Fala (4h), uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (17,5h) e uma Técnica Superior de Serviço Social (17,5h). O Centro de Saúde não tem disponibilizado apoio técnico mas tem cedido as suas instalações para o desenvolvimento das actividades da equipa de intervenção.

Os seus objectivos são:

- ✓ Despistar, prevenir e intervir com as famílias de crianças em situação de risco;
- ✓ Optimizar a interacção familiar com vista ao desenvolvimento harmonioso da Criança;
- ✓ Promover a inclusão das famílias nas estruturas da comunidade a que pertencem;
- ✓ Potencializar os recursos existentes na comunidade, dinamizando a sua articulação.

População: Famílias com crianças dos zero aos seis anos cujo desenvolvimento se encontre em risco biológico, estabelecido e/ou ambiental;

Locais: Jardim-de-infância, Centros de Saúde, Domicílios, CECD, Piscina e Centros Lúdicos.

Linhas Orientadoras:

- **Perspectiva Ecológica de Intervenção**, considerando a criança e respectiva família como parte integrante de um contexto sistémico mais alargado;
- **Perspectiva Centrada na Família**, que partindo das necessidades e recursos desta, visa a capacitar e a potencializar a sua autonomização e responsabilização no encontro de respostas às suas necessidades;
- **Perspectiva de Intervenção em Contexto Natural**, tendo subjacente a ideia da flexibilização de horários e locais de apoio.
- **Perspectiva da modalidade cooparticipativa**, procurando transpôr para as relações inter serviços, a metodologia de respeito e corresponsabilização;
- **Perspectiva transdisciplinar**, defendendo a circularidade de saberes e o apoio mútuo numa equipa disciplinarmente diversificada. Numa perspectiva de acção investigação, no sentido de ser um espaço de reflexão reformulação constante sobre as práticas. Numa perspectiva de itinerância tendo subjacente a ideia de flexibilização de horário e locais de desenvolvimento das acções de intervenção.

Acções da Valência da IP:

- Apoio directo pela equipa multidisciplinar
- Avaliação

- Programação
- Intervenção
- Encaminhamento
- Grupos de Pais
- Formação de Técnicos / Famílias
- Reuniões de articulação e corresponsabilização com e da comunidade:

2. ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (EEE)

Esta estrutura foi criada em 1976 sendo designada de Estabelecimento Educativo-Terapêutico, estando vocacionada para atender casos de debilidade mental ligeira e moderada.

Ao longo do tempo a sua acção foi sofrendo adaptações visando a melhoria da qualidade de atendimento, tendo subjacente uma filosofia de integração na comunidade familiar, escolar e social.

A Acção da Escola de Educação Especial do CECD (assim denominada desde 1994), tem sido norteada por uma procura perseverante de articulação com outras estruturas, estatais e particulares, no sentido de alcançar, de uma forma mais eficaz e racional o objectivo máximo da sua acção - a integração da pessoa portadora de deficiência mental e defende uma intervenção pedagógica integrada, pelo que os seus alunos são apoiados em jardins de infância ou escolas de ensino básico e secundário no concelho.

As principais **áreas de Intervenção** são a Autonomia pessoal e social, Socialização, Comportamento, Linguagem e Comunicação, Cognição, Motricidade fina e global, Programas individuais de transição para a vida após escolar e apoio psicológico e psicopedagógico. Das actividades curriculares desenvolvidas salienta-se a informática pedagógica, as actividades plásticas, o Snoezelen, a piscina, os treinos de autonomia pessoal e social e o apoio psicológico. Ainda dentro do âmbito desta estrutura, são apoiados alunos das escolas regulares de ensino, através de um trabalho de parceria com as Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos.

Destinam-se a alunos com necessidades educativas especiais de carácter permanente dos 0 aos 18 anos.

Objectivos:

- ✓ Diagnosticar e avaliar as áreas prioritárias de intervenção psicopedagógica;
- ✓ Promover o desenvolvimento global da criança/jovem com necessidades educativas especiais, no meio o menos restrito possível, segundo o modelo de inclusão;
- ✓ Contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à escola e no sucesso das aprendizagens;

- ✓ Criar uma prática pedagógica diferenciada, centrada na cooperação entre os agentes educativos e a família;
- ✓ Promover a inclusão dos alunos com Necessidades Educativas Especiais em escolas de ensino regular;
- ✓ Apoiar as unidades de apoio especializado em multideficiência e de ensino estruturado criadas nas escolas do concelho;
- ✓ Providenciar formação aos diversos agentes educativos;
- ✓ Intervir de forma articulada com a família e a escola.

Equipa: Director Executivo, Psicólogo, Técnico Superior de Serviço Social, Técnico Superior de Reabilitação e Ensino Especial, Professor de Educação Física, Professor de Ensino Básico, Educador de Infância., Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Auxiliar Pedagógico de Ensino Especial e Vigilante com Funções Pedagógicas.

3. CENTRO DE ACTIVIDADES OCUPACIONAIS

Criado em 1987, o CAO cresceu procurando adequar e adaptar o seu funcionamento a jovens com deficiência intelectual grave, com reduzidas capacidades de trabalho produtivo. Ao longo destes anos celebrámos acordos com o CRSSLx, que nos permitem atender 116 utentes cuja área de residência é predominantemente o Concelho de Sintra. A criação da Unidade de Bem Estar em 1999 facilitou a implementação de uma intervenção adaptada à população com deficiência profunda e multideficiência

Modelos Organizacionais

Tem sido possível um modelo organizacional apoiado no quadro legislativo baseado no Decreto-Lei 18/89. Contudo, o desenvolvimento e o crescimento desta estrutura levou-nos a reflectir e a desenvolver um modelo organizativo que aponta para a criação de 3 unidades diferenciadas ao nível do atendimento:

- **Uma unidade A - de lazer e bem-estar** vocacionada para o desenvolvimento de actividades de bem-estar, ligadas fundamentalmente às actividades da vida diária nas suas diversas componentes;
- **Uma unidade B - de apoio ocupacional** em que se desenvolvem actividades socialmente úteis com uma forte componente no investimento das autonomias;
- **Uma unidade C - de apoio pelo trabalho** voltada para as actividades de tipo laboral de preferência desenvolvidas num meio o mais integrado possível.

Em todas as unidades que funcionam é fundamental a procura do equilíbrio entre a eficácia das respostas e o absoluto respeito pela dignidade e individualidade dos utilizadores tendo subjacente um critério de QUALIDADE que salvguarde o BEM-ESTAR de todos os Utentes.

Objectivos:

- Promover e maximizar o desenvolvimento da autonomia pessoal e social dos utentes desta estrutura.
- Valorizar as suas competências através do desenvolvimento de actividades socialmente úteis.
- Promover o seu bem-estar individual, respeitando as suas características e necessidades específicas.
- Promover a sua integração sócio-familiar e comunitária.

Condições de Acesso: Ter mais de 16 anos, apresentar défices intelectuais acentuados e/ou multideficiência, residir no Concelho de Sintra.

Actividades Ocupacionais: O desenvolvimento desta área baseia-se no princípio que toda a pessoa tem potencial de trabalho a aproveitar quaisquer que sejam as suas limitações. Por isso, com estas actividades, e em função das características de cada Utente, apostamos na valorização e dignificação da sua pessoa bem como no contributo essencial para o aumento e consolidação da sua auto-estima.

Os objectivos desta área são ainda:

- ✓ A aquisição de hábitos de trabalho.
- ✓ O aumento possível da sua produtividade.
- ✓ Aumento da capacidade de resistência e persistência.
- ✓ Estabilidade de comportamento.
- ✓ Interiorização de regras.
- ✓ Valorização pessoal.

As actividades são: Arte Decorativa, Azulejaria, Artes Culinárias, Jardinagem., Montagens, Reciclagem.

Actividades Complementares: a implementação de outras actividades tem como princípio a perspectiva de que qualquer ser humano deve ser visto de uma forma global e assim tem direito à realização de actividades que promovam o seu bem-estar biopsico-social. Neste domínio promovem actividades diversificadas em diferentes áreas de intervenção sócio-cultural bem como o apoio específico na área da psicologia e serviço social. As actividades mais relevantes são: Conhecimentos gerais/informática pedagógica, Terapia ocupacional e

Actividade motora adaptada como natação adaptada, equitação terapêutica e desporto aventura e Expressão Movimento e Drama.

Equipa: Contamos com uma equipa pluridisciplinar, que engloba os seguintes profissionais desde Psicólogo, Assistente Social, Psicopedagoga, Terapeutas Ocupacionais, Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação, Educadora Social, Professores especializados e Monitores e Auxiliares de actividades ocupacionais.

4. CENTRO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O Centro de Formação Profissional é uma das sete valências do CECD Mira Sintra - Centro de Educação para o Cidadão Deficiente

Foi criado em 1986 com vista a desenvolver respostas de formação profissional, promovendo cursos dirigidos às pessoas com necessidades especiais de formação e integração, nomeadamente às pessoas com deficiência ou outras dificuldades no domínio da inserção profissional

Hoje, a intervenção do CECD - Centro de Formação Profissional é alargada a um conjunto de serviços, para a promoção da qualidade de vida das pessoas, particularmente para a sua integração na vida activa e profissional.

A Missão é prestar de serviços de qualidade, ajustados às necessidades e expectativas dos clientes que pretendam a **plena integração social e profissional, com o objectivo de promover a formação, a integração sócio-profissional e a realização pessoal** através duma participação activa na sociedade.

Os clientes são os cidadãos portugueses ou estrangeiros com autorização de residência que recorram aos nossos serviços, Entidades da Comunidade e Empresas.

Para alcançar o seu objectivo procuram intervir, de uma forma articulada, promovendo o envolvimento no processo de formação/integração a cinco níveis:

- ✓ Formandos e Beneficiários das diferentes acções
- ✓ Sua Família
- ✓ Tecido Empresarial
- ✓ Serviços da Comunidade
- ✓ Formação dos técnicos e Formadores

A sua filosofia de intervenção centra-se na valorização das potencialidades de cada indivíduo e não nas suas desvantagens.

O CECD Mira Sintra – Centro de Formação Profissional é uma entidade acreditada pela DGERT – Direcção Geral do Emprego e das Relações do Trabalho. Dispõem de uma equipa técnica especializada e experiente nos diferentes serviços e de uma equipa de formadores internos (monitores) devidamente certificados, totalizando 20 colaboradores.

Serviços

Centro de Recursos Local para os Centros de Emprego de Amadora e Sintra

Desde 1999 que o CFP esteve envolvido na experiência piloto da Metodologia Integrar Pelos Centros de Emprego. Temos o Acordo de Cooperação assinado com o IEFP para Centro de Recursos dos dois Centros de Emprego da nossa área de intervenção para o desenvolvimento das seguintes acções:

- ✓ Informação, Avaliação e Orientação Profissional: A finalidade deste processo é efectuar uma **avaliação diagnóstica** das potencialidades do candidato e procurar **encaminhamentos** ao nível da formação profissional ou respostas noutras valências da instituição ou de outras Entidades.
- ✓ Apoio à colocação
- ✓ Acompanhamento pós colocação: Pretendendo concretizar o objectivo último – a integração no Mercado de Trabalho e a manutenção do emprego desenvolvendo as seguintes actividades: Prospecção e estudo do mercado de trabalho; elaboração com o candidato do seu Curriculum Vitae; acompanhamento a entrevista de selecção; possível negociação de estágios; acompanhamento pós colocação; outros apoios pessoais e sociais.

Formação Profissional

Condições de Admissão:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 16 anos
- ✓ Ter necessidades especiais de Formação e Integração Sócio – Profissional
- ✓ Ter autonomia nas actividades de vida diária e transportes
- ✓ Ter uma avaliação favorável da equipa do Centro de Formação Profissional
- ✓ Ter um parecer favorável do médico de família
- ✓ Não é exigida escolaridade mínima

Áreas de Formação:

- Mecânico (aux.)
- Carpinteiro (aux.)
- Lavador de viaturas

- Engomadeira
- Empregada de Limpeza
- Ajudante de cozinha, refeitório e copa
- Jardineiro
- Viveirista

Clube de Emprego

O Clube de Emprego é um projecto que visa promover a integração sócio-profissional de cidadãos com necessidades especiais de formação e integração.

O Clube de Emprego surge no sentido de dar resposta a pessoas da comunidade em geral no seu processo de colocação laboral aproveitando o nosso know-how nesta área. Tem como objectivos promover a integração laboral de desempregados de longa duração e jovens à procura de emprego.

Tem como população alvo população alvo, desempregados de longa duração e jovens à procura do primeiro emprego.

Algumas das suas acções passam por:

- ✓ Análise de competências;
- ✓ Prospecção e acompanhamento a ofertas de emprego;
- ✓ Contacto com as empresas e empresários;
- ✓ Elaboração de Curriculum Vitae, carta de apresentação;
- ✓ Preparação para entrevistas de emprego;
- ✓ Análise de anúncios e emprego;
- ✓ Articulação com os respectivos Centros de Emprego da área de residência;
- ✓ Acompanhamentos pós-colocação e pós-contratação;
- ✓ Promoção de estágios profissionais.

Financiamento e Enquadramento Legal

O enquadramento legal e o financiamento das acções desenvolvidas pelo CECD Mira Sintra Centro de Formação Profissional, é actualmente garantido pelo Programa de Qualificação das Pessoas com Deficiência e Incapacidades através do IEFP, I.P. - Instituto do Emprego e Formação Profissional.

A legislação aplicada é a prevista para as Acções financiadas pelo Fundo Social Europeu e por um conjunto de legislação nacional que regulamenta as Acções de Formação.

5. Centro de Emprego Protegido

A Curva Quatro - Centro de Emprego Protegido do CECD Mira-Sintra foi criada em Dezembro de 1993, através de um Acordo de Cooperação entre o IEFP (Instituto de Emprego e Formação Profissional) e o CECD Mira-Sintra, ao abrigo da legislação em vigor (Decreto Lei 40/83, Decreto Regulamentar 37/85 e Decreto Lei 194/95).

Funciona em Moldes Empresariais Comuns e visa assegurar a estabilidade de Emprego e sobretudo valorizar as capacidades de trabalho das pessoas com mais dificuldades de inserção profissional.

A sua Missão é Possibilitar o emprego a pessoas portadoras de deficiência, promovendo a sua qualidade de vida e a qualidade e competitividade dos serviços prestados.

Os seus objectivos são:

- ✓ Proporcionar aos cidadãos com deficiência o exercício de uma actividade útil e remunerada;
- ✓ Promover o Bem-Estar dos nossos colaboradores, em particular dos Trabalhadores em Regime de Emprego Protegido;
- ✓ Valorizar e promover as competências e capacidades de todos os colaboradores;
- ✓ Promover a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos nossos clientes;
- ✓ Promover, sempre que possível, a transição para o Mercado Normal de Trabalho.

5. UNIDADE DE APOIO A FAMÍLIA

A Unidade de Apoio à Família do CECD de Mira-Sintra é uma das sete estruturas que constituem o CECD de Mira-Sintra.

É uma estrutura vocacionada para a criação e dinamização de respostas que de forma complementar apoiem as pessoas com deficiência e suas famílias, particularmente nas áreas de apoio residencial e apoio domiciliário, tendo presente o desenvolvimento de acções facilitadoras da sua integração social.

Em 1996, a Unidade de Apoio à Família, abriu o primeiro Lar residencial, num apartamento localizado no Pendão / Queluz. Esta residência destina-se a jovens/adultos com deficiência mental, semi-autónomos nas A.V.D. Esta residência mantém-se actualmente em funcionamento, apoiando 7 residentes (5 residentes do sexo masculino e dois residentes do sexo feminino). Em 2000, entrou em funcionamento um lar residencial em Mira-Sintra, destinada a apoiar sete residentes.

Em Dezembro de 2004, iniciou-se o funcionamento de três novos lares residenciais, também em Mira-Sintra com capacidade para vinte pessoas.

Nestes são apoiados jovens/adultos com diferentes níveis de autonomia, sendo que dois lares residenciais estão direccionados para pessoas com elevado nível de dependência funcional.

Valências:

Os **Lares Residenciais** são um equipamento para acolhimento de pessoas com deficiência, de ambos os sexos que se encontrem impedidos temporária ou definitivamente de residir no seu meio familiar. Os seus objectivos são:

- ✓ Disponibilizar alojamento e apoio residencial permanente ou temporário;
- ✓ Promover condições de vida que contribuam para o bem-estar e qualidade de vida adequadas às necessidades dos residentes;
- ✓ Promover estratégias de reforço da auto-estima e de valorização pessoal e social; Reforçar a sua capacidade autonómica para a organização das actividades de vida diária;
- ✓ Privilegiar a interacção com a família, grupos e comunidade;
- ✓ Desenvolver actividades de tempos livres (recreativas e culturais) promotoras da sua participação e integração social;

As estruturas residenciais destinam-se a pessoas com deficiência intelectual, com idade igual ou superior a 16 anos; que frequentem estruturas de ensino, formação, ocupação ou emprego protegido; cujos familiares não as possam acolher; cuja família necessite de apoio em determinadas situações, tais como em caso de doença ou de necessidades de descanso da respectiva família devidamente justificados; que residam no Concelho de Sintra;

Em função do respeito pela individualidade de cada um, nos seus interesses, capacidades, valores e características pessoais, no sentido da auto-representação é desenvolvido um programa de acompanhamento em actividades de vida diária, na residência e ou no exterior através de Apoio Sócio - Pedagógico.

O **Apoio Domiciliário** é uma resposta de âmbito social, vocacionada para a prestação de cuidados individualizados no domicílio a indivíduos e famílias que por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades e ou actividades da vida diária. Neste serviço é efectuado o diagnóstico das necessidades e em função das mesmas é desenvolvido o Plano de Cuidados Individualizados que poderá passar por apoios como:

- ✓ Cuidados de higiene e conforto.
- ✓ Manutenção da habitação.
- ✓ Distribuição e acompanhamento de refeições.
- ✓ Tratamento de roupas.
- ✓ Acompanhamento no exterior.

Os objectivos são:

- ✓ Proporcionar condições facilitadoras de desenvolvimento global, assegurando-lhe os meios adequados de primeira necessidade estabilidade emocional e vivência social.
- ✓ Prevenir internamentos desnecessários;
- ✓ Prevenir crises e a deterioração grave da situação pessoal ou familiar;
- ✓ Prestar cuidados de ordem física e apoio social que facilitem o bem-estar;
- ✓ Promover as capacidades do utente estimulando-o para a autonomia possível.
- ✓ Intervir na promoção de actividades de sensibilização à população (vizinhos, família alargada) que facilitem a plena integração do cidadão com deficiência mental e sua família.

6. CENTRO DE MEDICINA E REABILITAÇÃO

Presta um serviço diversificado, com atendimento personalizado e de qualidade, criando um espaço com ambiente acolhedor, no qual, qualquer utente que a ele venha a recorrer, se sinta apoiado, no sentido de atingir o máximo de funcionalidade e qualidade de vida. Conta com o apoio de uma equipa multidisciplinar e tem como objectivos específicos a:

- ✓ Prestação de cuidados de saúde.
- ✓ Promoção da saúde.
- ✓ Prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação.
- ✓ Tratar, habilitar ou reabilitar, indivíduos portadores de disfunção de natureza física, mental e de desenvolvimento, ou outras, incluindo a dor.

Consultas e tratamentos: Fisiatria, Fisioterapia, Hidroterapia, Psicologia Educacional, Psicologia Clínica, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Terapia Familiar, Orientação Escolar/ Vocacional, Nutrição, Análises Clínicas, Drenagem Linfática, Classe de Movimento para Seniores, Massagens de Relaxamento e Acupunctura

População: O C.M.R. esta receptivo a qualquer utente, portador ou não de determinada patologia (acreditamos na prevenção), abrangendo todas as faixas etárias.

EXTENSÃO CASTANHEIRA DO RIBATEJO



MÓDULO I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

26 DE ABRIL A 19 DE JUNHO DE 2010

A extensão Castanheira do Ribatejo é uma unidade de cuidados saúde personalizados (UCSP), inserida no ACES Grande Lisboa XII, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, à semelhança da UCSP Vila Franca de Xira, UCSP Alhandra, UCSP Póvoa santa Iria e USF de Forte da Casa e USF de Vila Longa.

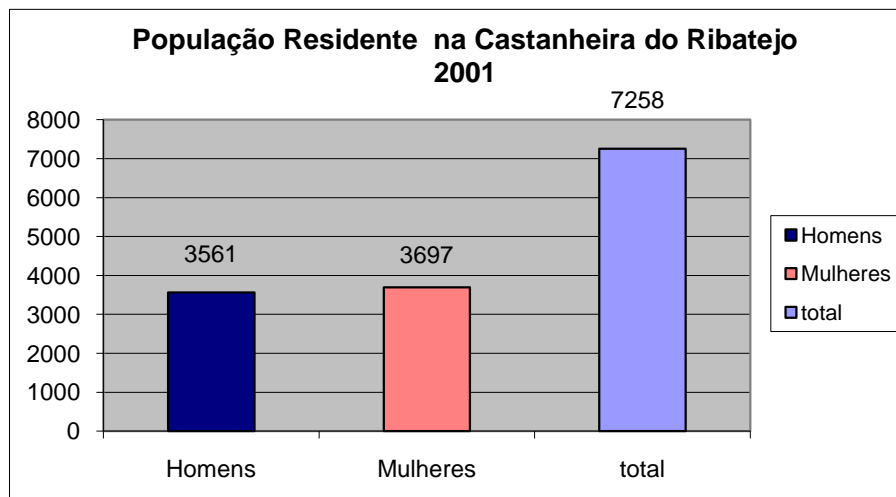
Localização e acessos

Esta extensão encontra-se localizada na Freguesia de Castanheira do Ribatejo pertencente ao Município de Vila Franca de Xira. Localizada na Rua Dr. José Azeredo Perdigão - Castanheira do Ribatejo, 2600-645 CASTANHEIRA DO RIBATEJO, tel.263286100.

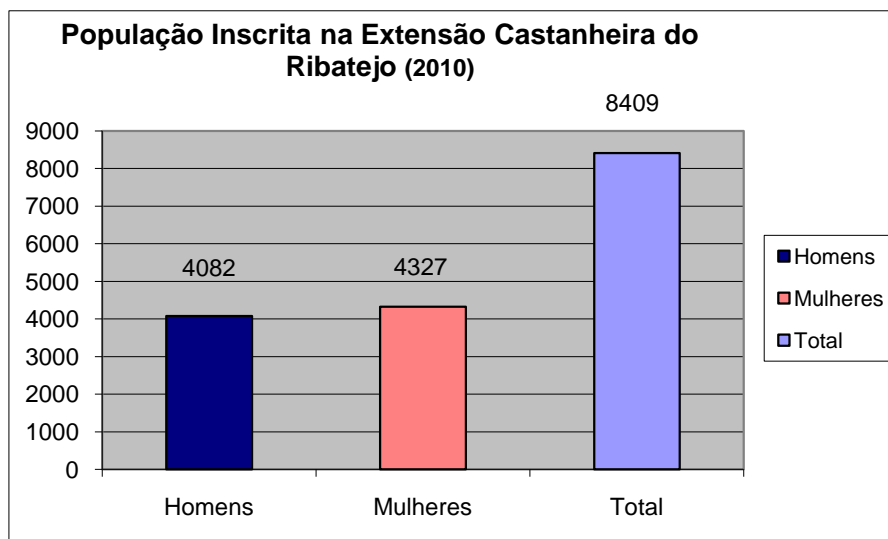
Área de Abrangência

A sua área de influência compreende a Vila da Castanheira, Vale do carregado e Quintas.

População Residente e População Inscrita



Fonte: INE, Censos, 2001



Fonte: Ministério da Saúde, 2010

Estrutura física da Extensão

A nova Unidade de Saúde da Castanheira foi inaugurada a 13 de Dezembro de 2008. O edifício tem uma área bruta de 1.450 m² inseridas num terreno cedido pela Câmara Municipal de Vila Franca de Xira, entidade que realizou também o projecto da infra-estrutura, com um investimento de 2,6 milhões de euros. O horário de funcionamento deste serviço de saúde é das 8 às 18 horas, todos os dias úteis, assegurando consultas de medicina familiar, consultas de vigilância materno-infantil, planeamento familiar, vacinação e tratamentos.



Figura 1: Extensão Castanheira do Ribatejo

É um edifício construído em forma de L, composto por quatro pisos.

No Piso 0 existem dois gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem, o serviço de aprovisionamento, esterilização, sendo também o local de lavagem e secagem de roupa e armazenamento de alguns stocks. Possui também a garagem para a viatura que realiza os cuidados domiciliários.

No Piso 1, encontram-se os gabinetes da Saúde Infantil e Vacinação, Saúde Materna e Planeamento Familiar e ainda o gabinete da Psicóloga, Assistente Social, Gabinete para Saúde Oral e um espaço destinado a Ginásio.

No Piso 2, encontramos a recepção/secretaria com duas administrativas. Neste piso situam-se cinco gabinetes médicos, uma sala de tratamentos e duas salas de enfermagem, uma para atendimento a utentes diabéticos, outra para controlo de doenças cardiovasculares.

O Piso 3, de acesso condicionado aos utentes, funciona com varias salas de formação, salas de reunião, biblioteca e copa, de uso exclusivo aos profissionais da instituição.

Todo o edifício dispõe de facilidades de acessos para pessoas deficientes motoras bem como infra-estruturas de rede informática e climatização.

Recursos humanos

Neste momento, a extensão da Castanheira dispõe de 20 profissionais, os quais se encontram distribuídos pelas diversas profissões da seguinte forma:

- ❖ **Enfermeiros – 4**
- ❖ **Médicos – 5**
- ❖ **Assistente social – 1 (tempo parcial)**
- ❖ **Psicólogo – 1(tempo parcial)**
- ❖ **Seguranças - 5**
- ❖ **Auxiliares – 3 (2 deles a tempo parcial)**
- ❖ **Administrativos – 2**

No que diz respeito especificamente aos profissionais de enfermagem, é apresentado em seguida a sua distribuição consoante as suas habilitações profissionais:

Habilitações:	N.º de Enfermeiros:
Especialistas	1
Licenciados Generalistas	3
TOTAL	4

Quadro 1: Distribuição dos enfermeiros consoante as suas habilitações profissionais

Estes profissionais encontram-se a exercer os seguintes regimes de trabalho:

Regime de Trabalho	N.º de Enfermeiros:
Horário Acrescido (42 horas)	1
Horário Completo (35 Horas)	3
TOTAL	4

Quadro 2 : Distribuição dos enfermeiros consoante o seu horário

Recursos da Comunidade

APATI - Associação Promotora de Apoio à Terceira Idade



Fundação: 27-07-1979

Localização: Rua Palha Blanco, nº 63

2600-669 Castanheira do Ribatejo

Contactos: Tel. 263 290 281

APS - Associação de Promoção Social de Castanheira do Ribatejo



Fundação: 06-01-1971

Localização: Rua Padre António Bianchi, 2

2600-683 Castanheira do Ribatejo

Contactos: Tel. 263 285 630

Associação "Desafio Jovem"



Fundação: 01-01-1978

Localização: Azinhaga Leal Torres - Qta.N.Srª do Monte Carmo

2600-997 Castanheira do Ribatejo

Contactos: Tel. 263 287 260

Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Castanheira do Ribatejo



Fundação: 29-04-1976

Localização: Rua da Cevadeira
2600-626 Castanheira do Ribatejo

Contactos: Tel. 263 286 830

Centro Social Paroquial Casa de S.José



Fundação: 19-06-1949

Localização: Bairro Atral Cipan - Vala do Carregado
2600-906 Castanheira do Ribatejo

Contactos: Tel. 263 852 357

Lar de Betel - Assembleia de Deus



Fundação: 20-08-1982

Localização: Azinhaga Leal Torres
2600-649 Castanheira do Ribatejo

Contactos: Tel. 263 290 911

CENTRO DE SAÚDE VILA FRANCA DE XIRA

EXTENSÃO CASTANHEIRA DO RIBATEJO

ESTUDO

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

TRIÊNIO 2006-2008



ELABORAÇÃO: MARA LOURENÇO

ALUNA DO 3º MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA UCP E

CONSELHEIRA EM ALEITAMENTO MATERNO

ORIENTAÇÃO: EESIP CÂNDIDA PEREIRA

PERTINÊNCIA:

O conhecimento da realidade em termos de taxas de amamentação, permitirá uma intervenção efectiva a nível dos cuidados de saúde primários.

OBJECTIVO:

Avaliar a evolução da prevalência do aleitamento materno entre 2006 e 2008, da população infantil, na área de influência da Extensão da Castanheira do Ribatejo – Centro de Saúde Vila Franca de Xira.

MÉTODO:

Tipo de Estudo: Estudo retrospectivo, longitudinal, englobando uma população de crianças nascidas entre 2006 e 2008 e inscritas na Extensão da Castanheira do Ribatejo.

Amostra: Foi utilizada uma amostra não aleatória, de conveniência, tendo-se seleccionado crianças:

- ❖ Que fizeram vigilância de saúde nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil desde a 1ª consulta (entre o 3º e 6º dia de vida);
- ❖ Existir informação completa nos registos de enfermagem e/ou ter sido possível complementá-los através de posterior contacto telefónico.

A amostra foi constituída por 77 crianças em 2006, 87 em 2007 e 73 em 2008, representando respectivamente 77, 82 e 79% da população.

A recolha de dados decorreu durante o mês de Maio de 2010, sendo efectuada através da consulta e análise das fichas de saúde infantil e posterior contacto telefónico nas situações em que a informação pretendida não estava completamente assegurada e transcrita para uma base de dados elaborada no Microsoft Excel.

Foram estudadas as seguintes **variáveis**:

- ❖ aleitamento materno exclusivo;
- ❖ alimentação mista;
- ❖ amamentação após 6º mês de vida;
- ❖ alimentação artificial exclusiva;
- ❖ introdução de novos alimentos;
- ❖ local de vigilância médica e
- ❖ entidade que iniciou leite de fórmula.

Quanto ao aleitamento materno exclusivo e alimentação mista, dividimos este período em seis momentos: [0-1] Mês, [1-2] Meses, [2-3] Meses, [3-4] Meses, [4-5] Meses e [5-6] Meses. A alimentação artificial exclusiva foi dividida em < 1 Mês, [1-2] Meses, [2-3] Meses, [3-4] Meses, [4-5] Meses, [5-6] Meses e > 6 Meses; a introdução de novos alimentos em 4 Meses, 5 Meses e 6 Meses; o local de vigilância médica de saúde em Centro de Saúde (com médico Assistente) ou Pediatra e, a iniciativa em introduzir leite de fórmula em Iniciativa Própria, Hospital, Pediatra, Farmácia, Centro de Saúde, Desconhecida (para os casos em que não se conseguiu apurar a prescrição do LA) e Não se Aplica (para as situações em que os bebés não fizeram leite de formula até aos seis meses).

Definiu-se:

- ❖ **Aleitamento materno exclusivo** quando a única fonte de alimentação do bebe foi leite materno, extraído directamente da mama ou dado por biberão, não tendo recebido outros alimentos;
- ❖ **Aleitamento materno misto**, quando o bebe é alimentado com leite materno e leite de fórmula, ou seja, crianças amamentadas ao peito e a quem foi oferecido outro leite para além do leite materno.

Os resultados foram obtidos através das funções existentes no Microsoft Excel, versão 2003.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Meses de Vida	2006		2007		2008	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]
[0-1] Mês	75	97,4%	85	97,7%	72	98,6%
[1-2] Meses	47	61,0%	54	62,1%	50	68,5%
[2-3] Meses	37	48,1%	46	52,9%	45	61,6%
[3-4] Meses	32	41,6%	37	42,5%	35	47,9%
[4-5] Meses	19	24,7%	24	27,6%	29	39,7%
[5-6] Meses	15	19,5%	13	14,9%	24	32,9%
> 6 Meses	14	18,2%	11	12,6%	21	28,8%

Tabela I: Prevalência do Aleitamento Materno, por ano de nascimento

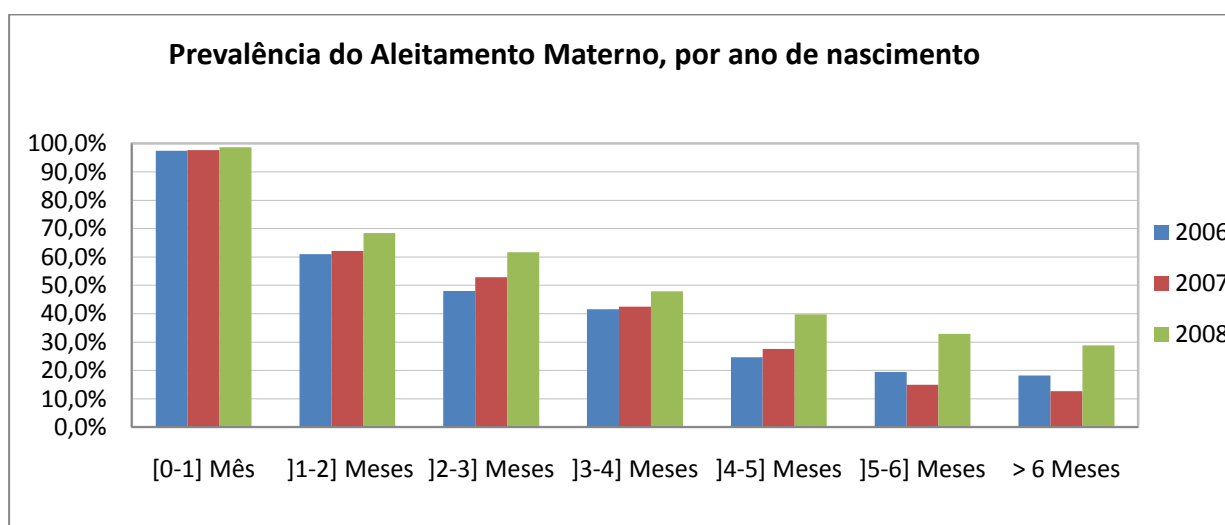


Gráfico I: Prevalência do Aleitamento Materno, por ano de nascimento

Meses de Vida	2006		2007		2008	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]
[0-1] Mês	69	89,6%	73	83,9%	62	84,9%
]1-2] Meses	34	44,2%	44	50,6%	39	53,4%
]2-3] Meses	25	32,5%	33	37,9%	32	43,8%
]3-4] Meses	21	27,3%	29	33,3%	26	35,6%
]4-5] Meses	11	14,3%	13	14,9%	12	16,4%
]5-6] Meses	7	9,1%	8	9,2%	8	11,0%

Tabela II: Prevalência do Aleitamento Materno exclusivo, por ano de nascimento

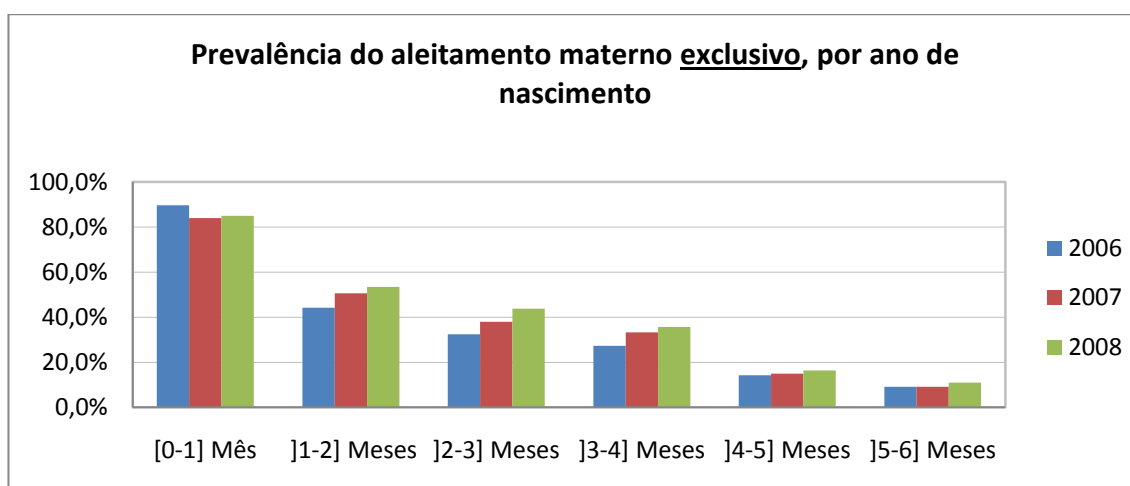


Gráfico II: Prevalência do Aleitamento Materno exclusivo, por ano de nascimento

Através da análise da 1ª tabela, que traduz a prevalência do aleitamento materno ao longo do triénio 2006-2008, do nascimento aos 6 meses, constatamos através de uma leitura vertical, que as taxas de amamentação, em todos os anos, descem gradualmente desde o nascimento até aos seis meses de vida, tal como era esperado e confirmado por estudos semelhantes já realizados em Portugal e no Mundo.

A percentagem de crianças que não recebeu leite materno tem diminuído ao longo dos anos (de 2,6 a 1,4%), o que é favorável, e prendem-se com situações de prematuridade, doença do recém-nascido ou antecedentes maternos que inviabilizam a amamentação tais como cirurgia de redução mamária, aproximando-se assim do valor encontrado num estudo realizado no Hospital Garcia de Orta em 2003 realizado por SARAFANA et al (1,5%).

Fazendo uma análise geral da tabela, no sentido horizontal, e cruzando estes dados com os da tabela II: Prevalência do aleitamento materno exclusivo, verificamos que até ao **fim do 1º mês de vida**, a percentagem de crianças que fazem aleitamento materno é elevada: 97,4, 97,7 e 98,6%, respectivamente em 2006, 2007 e 2008, mas apenas 89,96, 83,9 e 84,9% o fazem em exclusividade.

Comparativamente a outros trabalhos nacionais publicados, as nossas taxas de prevalência de aleitamento materno (não exclusivo) são muito superiores: 75% no estudo de SARAFANA et al, no Hospital Garcia de Orta em 2003 e 78,6% num estudo de LOPES e MARQUES, no Hospital de Santa Luzia em 2002.

Aos **2 meses** de vida, as nossas taxas descem significativamente para valores na ordem dos 61 a 69% nos diferentes anos, apresentando valores gradativamente semelhantes ao encontrado no estudo no Hospital de Santa Luzia em 2002 (65,7%). No último ano, em 2008, são mesmo superiores em cerca de 3% em benefício da amamentação.

Aos **3 meses**, constatamos que apenas 48,1% (2006), 52,9% (2007) e 61,6% (2008) das crianças fazem leite materno sendo que 32,5%, 37,9% e 43,8% respectivamente, o fazem em exclusividade. Apesar de em 2006, as nossas taxas (48,1%) estarem inferiores às encontradas em outros estudos, 55% no Hospital Garcia de Orta e 54,7% na H. Santa Maria, foram aumentando progressivamente até se tornarem superiores (61% em 2008).

Aos **4 meses** encontram-se taxas de 41,6% (2006), 42,5% (2007) e 47,9% (2008). Comparando estes valores com os encontrados no estudo de LOPES e MARQUES no distrito de Viana do Castelo em 2002, que foi de 50%, podemos afirmar que as nossas taxas se aproximam gradualmente desse valor, não ficando muito longe do encontrado.

Aos **6 meses**, a prevalência de aleitamento materno é respectivamente, 19,5%, 14,9% e 32,9% em que, 9,1%, 9,2% e 11% o fazem em exclusividade. Aqui, os nossos resultados são inferiores aos encontrados no Hospital Santa Luzia (35,4%), Hospital Garcia de Orta (36%) e Hospital Santa Maria (34,1%), no entanto verificamos que há um aumento gradual e progressivo ao longo do triénio para se aproximar dos valores de outros estudos (32,9%).

Comparando com estudos fora do âmbito nacional, verificamos que, aos seis meses de idade, ficamos muito aquém das taxas encontradas em alguns países da Europa. Num estudo de YNGVE e SJOSTROM em 2001, a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses foi de 46% na Áustria, 42% na Suécia e 21% no Reino Unido. No entanto, de referir, em 2001, todas as

Maternidades (57 no total), eram classificadas como Hospital Amigo do Bebés, o que de certa forma contribui para a elevada prevalência do aleitamento materno exclusivo aos seis meses, juntamente com as licenças de maternidade mais prolongadas existentes nestes países.

De uma forma pormenorizada passamos a analisar as taxas de abandono nos diferentes anos e por meses:

	2006	2007	2008
1º-2º Mês	36,4%	35,6%	30,1%
2º-3º Mês	12,9%	9,2%	6,9%
3ª-4º Mês	6,5%	10,4%	13,7%
4ª-5º Mês	16,9%	14,9%	8,2%
5ª-6º Mês	5,2%	12,7%	6,8%
6ª Mês	1,3%	2,3%	4,1%

Tabela III: Taxas de abandono do aleitamento materno

De forma global, e fazendo uma análise da tabela por ano, no sentido vertical, a queda da prevalência, embora progressiva, processa-se em duas idades críticas. Durante o **1º mês de vida** (30,1 a 36,4%), e **do 3º para o 4º** (8,2 a 16,9%). Estes dados estão de acordo com o que tem sido encontrado em avaliações realizadas em Portugal (DGCSP, 1990; FONSECA, 1995; CARVALHO et al, 1998) e, inclusivamente, noutros países.

No entanto, de salientar, que ao longo do triénio há uma diminuição progressiva destas taxas de abandono.

Tendo em conta a nossa experiência profissional e o contacto diário com estas famílias, reforçado pela bibliografia consultada, estes resultados não são surpresa, no sentido em que, é após a alta da maternidade que as mulheres se deparam com as principais dificuldades para continuar a amamentar. As primeiras semanas de vida são especialmente importantes no estabelecimento da lactação pelo que um apoio precoce e sistemático por parte de profissionais competentes é fundamental para ajudar a mãe a manter a amamentação. Por outro lado, as taxas encontradas no 4º mês, e no caso do 2008, ao 3º mês, prendem-se eventualmente com o facto das mães regressarem ao trabalho, finda a sua licença de maternidade. Nesta fase, a mãe passa geralmente mais de 4 a 6 horas afastada da criança, não podendo dar de mamar nem na maioria das vezes, extrair o leite, o que, com o tempo, leva a uma diminuição da produção de leite. Além do mais, é também nesta fase,

que o bebê toma contacto com novos alimentos. Assim, o regresso ao trabalho continua a ser uma barreira importante para a manutenção do aleitamento materno e misto, e contribui para a grande quebra da taxa de amamentação dos três para os seis meses.

Para terminar, podemos então concluir que, ao longo do triénio 2006-2008, com excepção das taxas obtidas durante o primeiro mês de vida, em que esta foi superior no primeiro ano em avaliação (2006); todas as taxas de amamentação exclusiva, aumentaram entre os 2-6 meses, de 2006 para 2008.

Verificamos assim, que de uma forma geral, até aos 3 meses o nosso estudo apresenta valores semelhantes e até superiores aos valores encontrados por outros estudos nacionais, no entanto, aos 6 meses, as nossas taxas são inferiores mas aproximam-se progressivamente.

Estes resultados estão de acordo com o investimento das intervenções de enfermagem realizadas, no sentido de aumentar este indicador de qualidade preconizado pela OMS. Tais resultados decorrem do investimento realizado no Programa de Saúde Infantil, através das intervenções de promoção e apoio ao aleitamento materno nesta unidade de saúde, para os quais muito contribuiu a implementação do cantinho da amamentação no ano de 2006.

Meses de Vida	2006		2007		2008	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]
[0-1] Mês	52	67,5%	69	79,3%	51	69,9%
]1-2] Meses	29	37,7%	41	47,1%	29	39,7%
]2-3] Meses	17	22,1%	33	37,9%	24	32,9%
]3-4] Meses	15	19,5%	24	27,6%	12	16,4%
]4-5] Meses	4	5,2%	12	13,8%	8	11,0%
]5-6] Meses	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%

Tabela IV: Taxas de alimentação mista

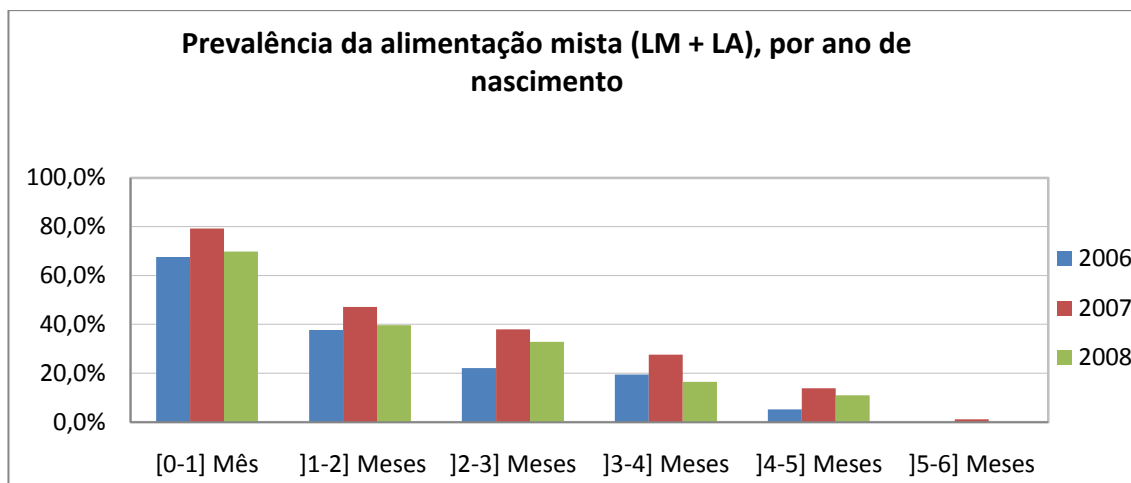


Gráfico III: Prevalência da Alimentação Mista, por ano de nascimento

Relativamente à prevalência da alimentação mista, de salientar, em nosso entender, a elevada taxa até 1 mês de vida, o que traduz, o contacto com leite de fórmula numa fase muito inicial.

Tendo em conta que a OMS e UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, e complementado até aos 2 anos, sentimos a necessidade de avaliar a prevalência do aleitamento materno após os seis meses.

Meses de Vida	2006		2007		2008	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]
]6-12] Meses	11	14,3%	8	9,2%	13	17,8%
]12-24] Meses	2	2,6%	2	2,3%	7	9,6%
]24-36] Meses	1	1,3%	1	1,1%	1	1,4%

Tabela V: nº de crianças amamentadas após 6º mês de vida

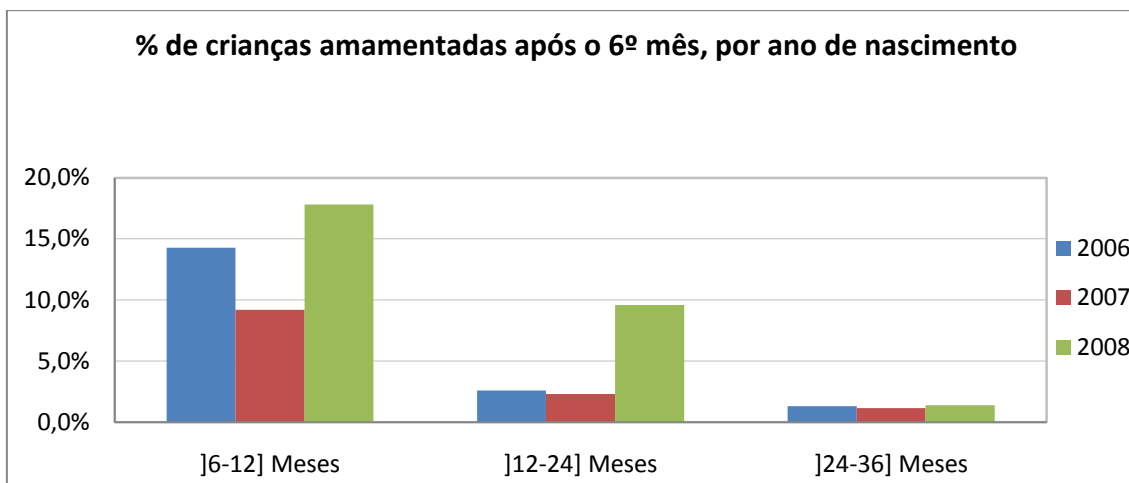


Gráfico IV: n° de crianças amamentadas após 6º mês de vida

Relativamente ao gráfico acima apresentado, que representa o n° de crianças que fazem aleitamento materno após o 6º mês de vida, podemos dizer que, infelizmente, é ainda uma pequena percentagem, as crianças que privilegiam do leite materno após os seis meses, e que esta taxa diminui bruscamente a partir de um ano de idade. No entanto, de ano para ano, constatamos que há um aumento em todas as classes.

Meses de Vida	2006		2007		2008	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]
< 1 Mês	2	2,6%	2	2,3%	1	1,4%
]1-2] Meses	28	36,4%	31	35,6%	22	30,1%
]2-3] Meses	10	13,0%	8	9,2%	5	6,8%
]3-4] Meses	5	6,5%	9	10,3%	10	13,7%
]4-5] Meses	13	16,9%	13	14,9%	6	8,2%
]5-6] Meses	4	5,2%	11	12,6%	5	6,8%
> 6 Meses	1	1,3%	2	2,3%	3	4,1%

Gráfico V: Início do LA exclusivo, por ano de nascimento

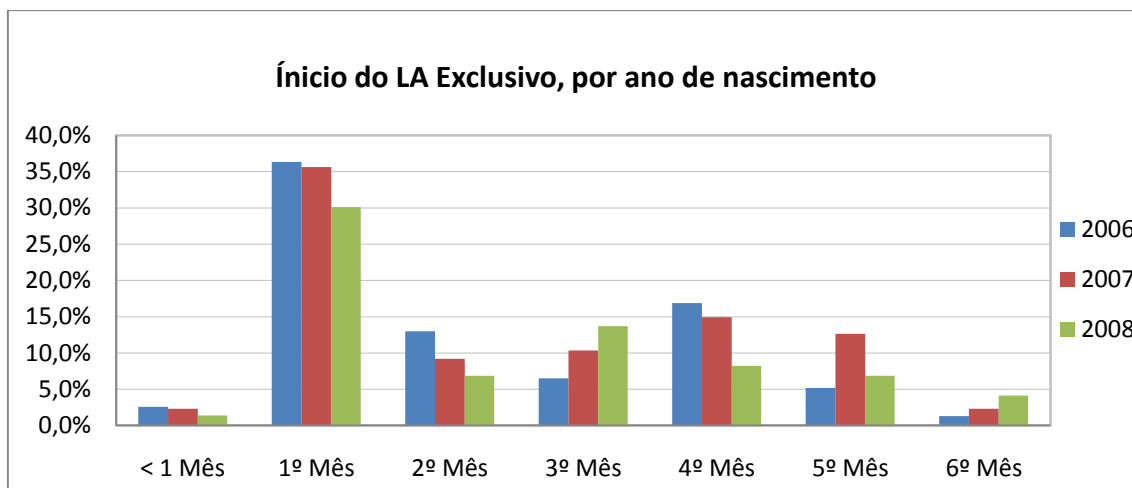


Tabela VI: Início do LA exclusivo, por ano de nascimento

Através da análise desta tabela, no sentido vertical, constatamos que tal como esperado, tendo em conta a informação interpretada na tabela III (taxas de abandono do leite materno), o leite de fórmula, de forma exclusiva, faz parte da alimentação das crianças, de forma progressiva mas essencialmente em dois períodos críticos: 1º mês de vida e 4 meses. A explicação prende-se com a dada na tabela III (consultar).

Uma leitura horizontal por esta tabela, permite-nos afirmar, que de uma forma geral, ao longo do triénio, a alimentação do bebé com leite de fórmula de forma exclusiva, tem vindo a diminuir progressivamente.

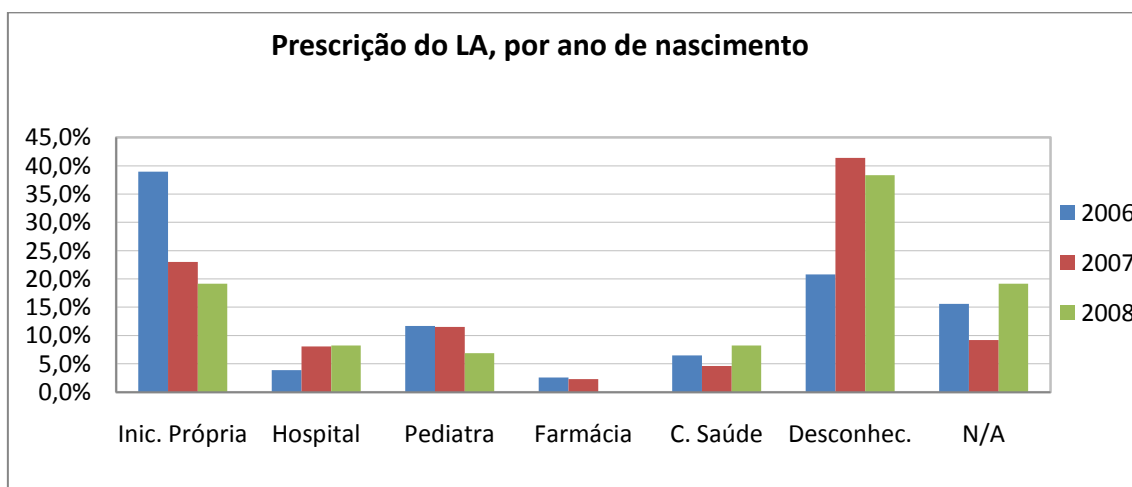


Gráfico VI: Iniciativa de iniciar LA, por ano de nascimento

Prescrição	2006		2007		2008	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]
Inic. Própria	30	39,0%	20	23,0%	14	19,2%
Hospital	3	3,9%	7	8,0%	6	8,2%
Pediatra	9	11,7%	10	11,5%	5	6,8%
Farmácia	2	2,6%	2	2,3%	0	0,0%
C. Saúde	5	6,5%	4	4,6%	6	8,2%
Desconhec.	16	20,8%	36	41,4%	28	38,4%
N/A	12	15,6%	8	9,2%	14	19,2%

Tabela VII: Iniciativa de iniciar LA, por ano de nascimento

O nosso estudo indica que a maior parte dos casos de desmame, são iniciados pela mãe/pai, possivelmente porque ela pensa que o seu leite já não satisfaz o bebé.

Apesar de as razões invocadas pelas mães para iniciarem o suplemento não ter sido uma variável em análise, estudos descritos na bibliografia, apresentam como principais razões o facto de considerarem que o bebé ficava com fome, que o leite era fraco ou insuficiente e que o bebé chorava muito (SARAFANA et al, 2003). No entanto, constatamos também que ao longo do triénio 2006-2008, a mãe tem perdido essa iniciativa, possivelmente por uma maior confiança no seu leite, o que em nosso entender, se revela favorável e proveitoso em ganhos de saúde. O facto desta Unidade de Saúde possuir um espaço próprio, com privacidade e tranquilidade, destinado a apoiar a família que amamenta, pode ser favorável a este aumento.

O Pediatra apresenta-se como segunda fonte de prescrição de leite de fórmula, o que vai também ao encontro do estudo anteriormente referido realizado em 2003.

O prescriptor Hospital (que inclui maternidade e serviço de urgência), aumentou ao longo do triénio em análise, sendo em 2008, a segunda fonte de iniciativa do suplemento. De facto, a introdução de leite artificial, ainda na maternidade, continua a ser uma prática frequente, apesar de se fomentar cada vez mais os “Dez passos para os Hospitais Amigos dos bebés”.

Daqui importa reter, a necessidade de formação aos profissionais de saúde prestadores de cuidados. Seria desejável ainda, que, na eventualidade dos bebés necessitarem de outro alimento que não o leite da sua mãe, esse mesmo alimento fosse administrado por copo a fim de minimizar os riscos de “*nipple confusion*”, facto relevante para o sucesso ou insucesso da amamentação.

Meses de Vida	2006		2007		2008	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]
4 Meses	61	79,2%	71	81,6%	58	79,5%
5 Meses	9	11,7%	8	9,2%	6	8,2%
6 Meses	7	9,1%	8	9,2%	9	12,3%

Tabela VIII: Início da diversificação alimentar, por ano de nascimento

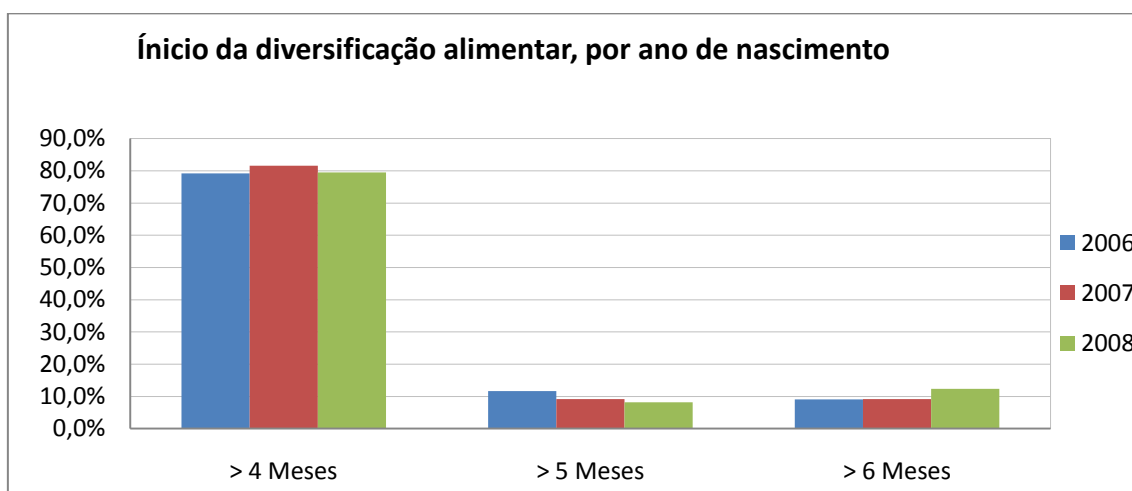


Gráfico VII: Início da diversificação Alimentar, por ano de nascimento

A tabela acima apresentada, reflecte a idade de início da introdução de novos alimentos na criança. Como se pode constatar, a grande maioria das crianças, inicia a sua diversificação alimentar aos 4 meses de idade. Tal, deve-se essencialmente ao facto da maioria das mães, reiniciarem a sua actividade laboral nesta fase, o que implica deixar a criança na escola, na ama, ou com algum familiar, e conseqüentemente deixar de poder amamentar com a mesma frequência que anteriormente o praticava. Assim, na maioria das vezes opta-se por introduzir a papa ou a sopa, antes da mãe iniciar o seu trabalho, para que esta tenha a oportunidade de ser ela a efectuar a transição para a aprendizagem à colher.

Deriva assim, da dimensão das licenças de maternidade, as quais deveriam idealmente ser de pelo menos seis meses, de forma a ir ao encontro com as recomendações da OMS e UNICEF. Quando a ausência da mãe é superior a 6 horas (por diversas razões), torna-se forçoso introduzir para além da papa e sopa, também um leite adaptado, o que induz a desmotivação da criança pelo peito materno e contribui para o desmame precoce.

Local	2006		2007		2008	
	N	[%]	N	[%]	N	[%]
C. Saúde	48	62,3%	54	62,1%	54	74,0%
Pediatria	29	37,7%	33	37,9%	19	26,0%

Tabela IX: Local de vigilância médica de saúde da criança, por ano de nascimento

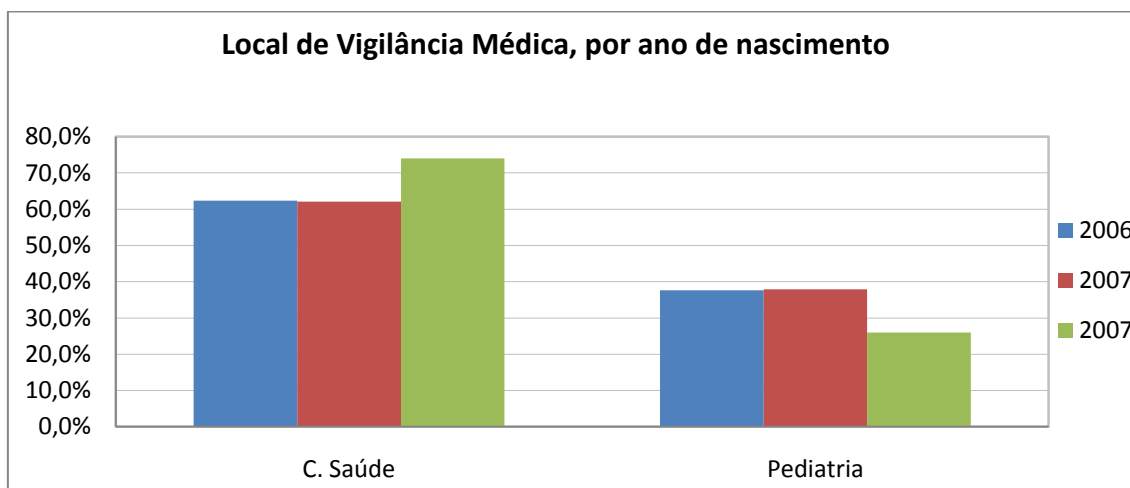


Gráfico VIII: Local de vigilância médica de saúde da criança, por ano de nascimento

Através desta tabela, constatamos que a maioria das crianças incluídas na amostra, fazem a vigilância de saúde com o seu médico de família no Centro de Saúde e que essa opção, tem vindo a aumentar ao longo dos anos.

Nestes casos, a educação para a saúde está a cargo da equipa de enfermagem, concluindo-se que estes médicos, ao contrário dos pediatras privados, têm menos oportunidade para prescrever leite de fórmula, o que contribui, simultaneamente para a subida das taxas de aleitamento materno nesta Unidade de Saúde. De salientar, que no estudo "Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre aleitamento materno", desenvolvido por MARINHO e LEAL, foi demonstrado que os enfermeiros apresentam atitudes mais positivas do que os médicos relativamente a esta prática (2004).

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Como conclusões podemos afirmar que a adesão ao aleitamento materno na nossa população foi satisfatória quando comparada com outros estudos. No entanto, os nossos resultados ficam ainda muito aquém das metas preconizadas pela OMS e UNICEF, o que demonstra que muito há ainda por investir em torno desta temática.

Várias iniciativas têm sido propostas ao longo dos tempos para contrariar as baixas taxas de prevalência do aleitamento materno. Estudos recentes demonstram uma associação forte entre o nascimento num Hospital Amigo das Crianças e a duração do aleitamento materno, o que nos demonstra a importância das práticas adoptadas pelas instituições que adoptaram a política dos “Dez Passos”. Actualmente já se fala nos “Centros de Saúde Amigos dos Bebés”, estando ainda em apreciação as condições necessárias para que seja considerado como tal. Por enquanto, nós vamos continuar a apostar nesta prática, promovendo e apoiando a amamentação, oferecendo disponibilidade, informação, aconselhamento e apoio prático para todas as famílias que recorram à nossa Unidade de Saúde.

Importa ainda referir algumas limitações do presente estudo. Antes de mais, o instrumento de colheita de dados poderia incluir outras variáveis o que tornaria o estudo mais rico; por outro lado, a amostra não é aleatória, o que não permite fazer inferências para a população teórica e por último, no que se refere à prevalência do aleitamento materno, os dados recolhidos via telefone, por ausência de informação nas fichas, pode estar enviesada e ser condicionada pela memória das inquiridas.

Apresentamos as seguintes **sugestões**:

- ❖ Dar continuidade ao estudo para o triénio 2009-2011 e incluir outras variáveis como - tipo de parto, causas do desmame do LM assim como outras variáveis socioculturais, nomeadamente - a nacionalidade, a escolaridade e profissão das mães, o apoio do parceiro e de familiares ou amigos próximos. Isto porque, a prevalência do aleitamento materno, é influenciado por factores socioeconómicos, culturais, étnicos, demográficos (idade da mãe e escolaridade), tradição familiar, existência aconselhamento pré-natal entre outros.
- ❖ Reforço da confiança das novas mães/casais/família através de sessões educativas sobre os indicadores que permitem avaliar a eficácia do aleitamento materno – o peso das fraldas com urina, o progresso ponderal, bem como sobre outras estratégias de triagem sobre o tipo de choro e outras manifestações típicas que podem também contribuir para o desmame precoce

- ❖ Seleccionar as mães e os pais que amamentaram durante mais tempo e organizar grupos de apoio à amamentação nesta instituição, no sentido destes informarem os novos pais sobre as dificuldades sentidas e as estratégias que utilizaram para atingirem o sucesso nesta prática;
- ❖ Ser criada uma linha de apoio da própria instituição que permita o contacto com a equipa de enfermagem, à noite e fins-de-semana, pois a insegurança temporária induz a recorrência sobretudo aos farmacêuticos;
- ❖ Divulgação dos resultados desta pesquisa, junto dos colegas pertencentes ao mesmo ACES;
- ❖ Publicação dos resultados desta investigação em revistas nacionais e na Internet.

BIBLIOGRAFIA:

ALBUQUERQUE M, OLIVEIRA G, CUNHA, OLIVEIRA B. - Aleitamento materno: a prática hospitalar e o sucesso do aleitamento materno até aos seis meses de vida. *Nascer e Crescer*. nº 5, 1996, p.107-111.

CARVALHO F, FONSECA S, ALMEIDA MDV. - Actas II Fórum de Projectos de Educação Alimentar: Promoção do Aleitamento Materno. *Rev Port Nutrição*, Vol. VIII, nº 1e 2, 1998, p.30-36.

DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Aleitamento materno: estudo da prevalência em seis distritos do Continente. 1990.

FONSECA S. - Promoção do aleitamento materno. Estudo sobre a sua prevalência e duração no concelho de Chaves. Trabalho realizado no âmbito do estágio do 5º ano do Curso de Ciências da Nutrição da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 1995.

LOPES; MARQUES P. - Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 20, 2004, p. 539-44.

MARINHO, C; LEAL, Isabel P. - Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno: um estudo exploratório sobre atitudes de médicos e enfermeiros. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, nº 5, 2004, p.93-105.

SANDES A. R. et al - Aleitamento materno: prevalência e factores condicionantes. *Acta Pediátrica Portuguesa*. nº 20, 2007, p.193-200.

SARAFANA S. et al - Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*. nº 37, 2006, p. 9-14.

YNGVE A; SJOSTROM M. - Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutrition*, nº4, 2001, p. 631-645.

CENTRO DE SAÚDE VILA FRANCA DE XIRA

EXTENSÃO CASTANHEIRA DO RIBATEJO

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS PARA O TRIÉNIO

2009-2011



ELABORAÇÃO: MARA LOURENÇO

ALUNA DO 3º MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA UCP E

CONSELHEIRA EM ALEITAMENTO MATERNO

ORIENTAÇÃO: EESIP CÂNDIDA PEREIRA

Cópia de Taxas amamentação FINAL.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	MF	NOME	NÃO FEZ	Até 1 Mês	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses		Até1 Mês	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses
2																
59																
60																
61																
62																
63																
64																
65																
66																
67																
68																
69																
70																
71																
72																
73																
74																
75																
76																
77																
78																
79																
80																
81																
82																
83																
84																
85																
86																
87																
88																

Cópia de Taxas amamentação FINAL.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE
1		AMAMENTAÇÃO APÓS 6º MÊS				INÍCIO DA ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL EXCLUSIVA						INÍCIO DA DIVERS. ALIMENTAR		VIGILÂNCIA DE SAÚDE		
2	6 Meses	6-12 Meses	12-24 Meses	24-36 Meses	Desde Nasc.	A Partir de 1 Mês	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	≥4 Meses	≥ 5 Meses	≥ 6 Meses	CS	PED.
59																
60																
61																
62																
63																
64																
65																
66																
67																
68																
69																
70																
71																
72																
73																
74																
75																
76																
77																
78																
79																
80																
81																
82																
83																
84																
85																
86																
87																
88																

Cópia de Taxas amamentação FINAL.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Base Inserir Esquema de Página Fórmulas Dados Revisão Ver novAPDF

Colar Área de Transferência Tipo de Letra Alinhamento Número

Formato Geral

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Eliminar Formatar Células Ordenar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS
1	VIGILÂNCIA DE SAÚDE				PRESCRIÇÃO DO LA					OBS.						
2	CS	PED.	IP	H	P	F	CS	DESC.	N/A							
59																
60																
61																
62																
63																
64																
65																
66																
67																
68																
69																
70																
71																
72																
73																
74																
75																
76																
77																
78																
79																
80																
81																
82																
83																
84																
85																
86																
87																
88																

2006 2007 2008 2009 2010 Tabelas Gráficos

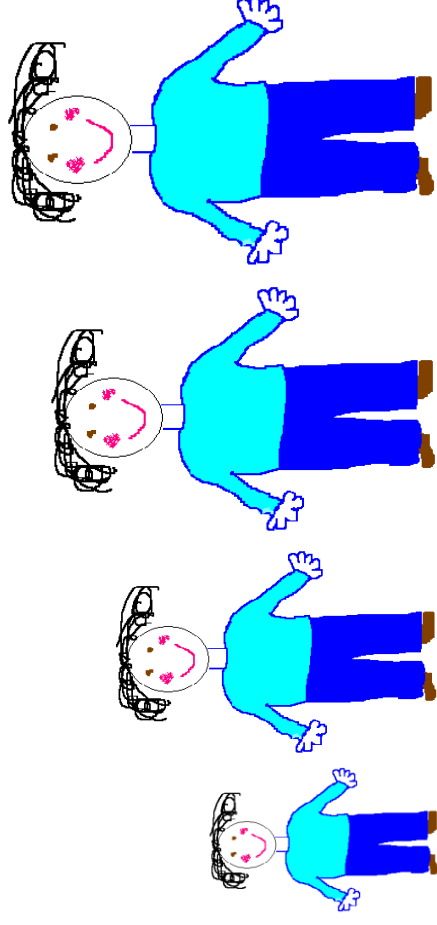
Pronto

Iniciar Windows Live ... Vasco <vasco... modelo relator... relatório finalis... Documento1 - ... etnia e amame... ESTUDOS DAS... Microsoft Exce... PT 19:00

CENTRO DE SAÚDE VILA FRANCA DE XIRA

EXTENSÃO CASTANHEIRA DO RIBATEJO

GUIA ORIENTADOR DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL



ELABORAÇÃO: ANDREIA MOTA E MARA LOURENÇO

ALUNAS DO 3º MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA UCP E

ORIENTAÇÃO: EESIP CÂNDIDA PEREIRA

1º CONSULTA

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M.SHERIDAN 4-6 SEMANAS	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO</u> das DÚVIDAS dos PAIS</p> <p><u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso diminui até 10% nos 1^{os} dias, que recupera até 15º dia; Aumenta 150 a 210g/sem. Comprimento – 2,5 cm/mês; P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1^o 6 meses.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno - Vantagens, riscos da alimentação artificial, posições para amamentar.</p> <p><u>VITAMINAS</u></p> <p><u>CUIDADOS DE HIGIENE</u> Banho; coto umbilical; Pele, corte de unhas, lavagem da roupa do bebé.</p> <p><u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal; se decúbito lateral (alternância).</p> <p><u>HABITOS DE SONO</u> +/- 16 horas por dia (variável).</p> <p><u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes; Massagem abdominal; Estimulação com cânula de microclister.</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Choro – Forma de comunicação, diferentes tipos.</p> <p><u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte do RN; Queimaduras; quedas; asfixia.</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se temp >38°C; 1º dar paracetamol 6h/6h..</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre, Choro forte/persistente> 4h; prostração; recusa alimentar; petéquias; vômitos; diarreia</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta; Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24 Verificar a realização do Diagnóstico Precoce; Legislação Maternidade Paternidade; Revisão Puerpério/Contraceção.</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>REFLEXOS:</u> Moro Marcha Automática Preensão (Palmar e Plantar) Sucção Babinsky</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e Grau de permeabilidade Observar Suturas: Afastamento; cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; pupilas; íris; coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; palato; língua; orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias)</p> <p><u>TORAX ANTERIOR</u> (Forma; Glândulas mamárias: volume; secreção; simetria)</p> <p><u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (Cordão Umbilical; timpanismo)</p> <p><u>ORGÃOS GENITAIS</u> (Volume; cor; secreção)</p> <p><u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações)</p> <p><u>MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES</u></p> <p><u>MÃOS</u> (3 Pregas; Malformações)</p> <p><u>COXAS</u> (Abdução; Simetria das pregas - Sinal de Ortolani)</p> <p><u>PÉS</u> (malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. ventral levanta a cabeça Dec. dorsal postura assimétrica sup. do lado da face em ext. Tração pelas mãos, a cabeça cai Sentado dorso em arco e mãos fechadas Suspensão vert. Cabeça erecta membros semi flectidos</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Segue uma bola pendente 20-25 cm ¼ de circ. (do lado da linha média)</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido</p> <p><u>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons em situações de prazer.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Ausência de tentativa de controlo de cabeça na posição de sentada; Hiper ou hipotonicidade na posição de pé;</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Nunca segue a face humana;</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não vira os olhos ou a cabeça para o som (principalmente a voz humana);</p> <p><u>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não se mantém numa situação de alerta, nem por períodos breves de pelo menos 15 segundos; Não estabelece qualquer tipo de interação</p>

CONSULTA do 1º MÊS

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M.SHERIDAN 4-6 SEMANAS	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u></p> <p><u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 150 a 210g/sem. Comprimento – 2,5 cm/mês; P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1.º 6 meses.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno/Artificial Vantagens do AM; Alimentação Materna</p> <p><u>VITAMINAS</u></p> <p><u>CUIDADOS DE HIGIENE</u> Banho; corte de unhas</p> <p><u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal, se decúbito lateral (alternância)</p> <p><u>HABITOS DE SONO</u> +/- 16 horas por dia (variável)</p> <p><u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes Massagem abdominal Estimulação com cânula de microclister</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Choro – Forma de comunicação, diferentes tipos</p> <p><u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte do RN; Queimaduras; Quedas; Asfixia</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se temp >38°C; 1º dar paracetamol 6h/6h</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre, choro forte/persistente>4h; prostração; recusa alimentar; petéquias; vômitos; diarreia</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24 Verificar a realização do Diagnostico Precoce; Legislação Maternidade Paternidade</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>REFLEXOS:</u> Moro Marcha Automática Preensão (Palmar e Plantar) Sucção Babinsky</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e grau de permeabilidade Observar Suturas: afastamento; cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; pupilas; íris; coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; palato; língua; orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias)</p> <p><u>TORAX ANTERIOR</u> (Forma; Glândulas mamárias - volume; secreção; simetria)</p> <p><u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (Coto umbilical; timpanismo)</p> <p><u>ORGÃOS GENITAIS</u> (Volume; Cor; Secreção)</p> <p><u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações)</p> <p><u>MEMBROS SUP. E INF.</u> MÃOS (3 Pregas; Malformações) COXAS (Abdução; Simetria das pregas) PÉS (Malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. ventral levanta a cabeça Dec. dorsal postura assimétrica sup. do lado da face em ext. Tração pelas mãos, a cabeça cai Sentado dorso em arco e mãos fechadas Suspensão vert. Cabeça erecta membros semi flectida</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Segue uma bola pendente 20-25 cm ¼ de circ. (do lado da linha média)</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido</p> <p><u>COMPORTEMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons em situações de prazer.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Ausência de tentativa de controlo de cabeça na posição de sentada; Hiper ou hipotonicidade na posição de pé;</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Nunca segue a face humana;</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não vira os olhos ou a cabeça para o som (principalmente a voz humana);</p> <p><u>COMPORTEMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não se mantém numa situação de alerta, nem por períodos breves de pelo menos 15 segundos; Não estabelece qualquer tipo de interacção</p>

CONSULTA dos 2 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M.SHERIDAN 4-6 SEMANAS	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u></p> <p><u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 150 a 210g/sem. Comprimento – 2,5 cm/mês P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1^o e 6 meses.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno/Artificial Vantagens do AM; Alimentação Materna</p> <p><u>CUIDADOS DE HIGIENE</u> Banho; Corte de unhas</p> <p><u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal, se decúbito lateral (alternância)</p> <p><u>HABITOS DE SONO</u> Rituais de Sono, quarto próprio.</p> <p><u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes Massagem abdominal Estimulação com cânula de microclister</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Choro – Forma de comunicação, diferentes tipos</p> <p><u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte da criança; queimaduras; Quedas; Asfixia</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se temp >38°C; 1^o dar paracetamol 6h/6h</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Choro; Obstrução nasal; Diarreia; Obstipação; Tosse Vacinas – Reações às vacinas</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24 Legislação Maternidade Paternidade</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>REFLEXOS:</u> Moro Marcha Automática Preensão (Palmar e Plantar) Sucção Babinsky</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e grau de permeabilidade Observar Suturas: afastamento; cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; pupilas; íris; coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; palato; língua; orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (despiste de adenopatias)</p> <p><u>TORAX ANTERIOR</u> (forma; glândulas mamárias, volume; Secreção; Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (simetria clavículas; alinhamento das vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (timpanismo) <u>ORÇÁOS GENITAIS</u> (volume; cor; secreção)</p> <p><u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações)</p> <p><u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 Pregas; malformações) <u>COXAS</u> (abdução; simetria das pregas) <u>PÉS</u> (malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. ventral levanta a cabeça Dec. dorsal postura assimétrica sup. do lado da face em ext. Tração pelas mãos, a cabeça cai Sentado dorso em arco e mãos fechadas Suspensão vert. Cabeça erecta membros semi flectidos</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Segue uma bola pendente 20-25 cm ¼ de circ. (do lado da linha média)</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons em situações de prazer.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Ausência de tentativa de controlo de cabeça na posição de sentada; Hiper ou hipotonicidade na posição de pé;</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Nunca segue a face humana;</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não vira os olhos ou a cabeça para o som (principalmente a voz humana);</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não se mantém numa situação de alerta, nem por períodos breves de pelo menos 15 segundos; Não estabelece qualquer tipo de interação</p>

CONSULTA dos 4 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M.SHERIDAN 3 MESES	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u></p> <p><u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 150 a 210g/sem; Comprimento – 2,5 cm/mês; P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1.º e 6.º meses.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno/Artificial - Vantagens do AM; Alimentação Materna; Diversificação alimentar. Papas sem glúten não lácteas - se LM ou HA; 1 semana depois Sopa. Fruta (pêra, maçã, banana)</p> <p><u>VITAMINAS</u></p> <p><u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal, se Decúbito lateral (Alternância)</p> <p><u>HÁBITOS DE SONO</u> Rituais de deitar</p> <p><u>HÁBITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> A introdução dos legumes poderá provocar alterações no padrão de eliminação.</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Conversar com a criança; Colocá-la em frente ao espelho; Briquetes coloridos e barulhentos, imitar a criança.</p> <p><u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte da criança ;Queimaduras; Quedas; Asfixia</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se temp >38°C; 1º dar paracetamol 6h/6h</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre; petéquias; sinais meningéicos; prostração; recusa alimentar; vômitos incoercíveis; diarreia; sinais de desidratação; dificuldade respiratória.</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>REFLEXOS:</u> Moro Marcha Automática Preensão (Palmar e Plantar) Sução Babinsky</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior - aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e grau de permeabilidade Observar Sutures: afastamento; cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; pupilas; íris; coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; Sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; palato; língua; orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias)</p> <p><u>TORAX ANTERIOR</u> (forma; glândulas mamárias: volume; secreção; simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (simetria clavículas; alinhamento das vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (timpanismo)</p> <p><u>ORGÃOS GENITAIS</u> (volume; cor; secreção)</p> <p><u>ÂNUS</u> (fissuras ou alterações)</p> <p><u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 pregas; malformações) <u>COXAS</u> (abdução; simetria das pregas) <u>PÉS</u> (malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. ventral apoia nos antebraços. Dec. dorsal postura simétrica Tração pelas mãos, cabeça erecta coluna dorsal direita. De pé flexe os joelhos, não faz apoio.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas. Segura brevemente a roca e move-a em dir. à face. Segue uma bola pendente 1/2 circ. e horizontal. Convergência Pestanejo de defesa.</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Atende e volta-se geralmente aos sons.</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Sorriso. Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Deixa cair a cabeça para trás; Membros rígidos em repouso; Postura assimétrica; Pobreza de movimentos.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Mão sempre fechadas; Não fixa os objectos com os olhos; Não segue os objectos com os olhos;</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Sobressalto ao menor ruído;</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não sorri; Chora e grita sempre que se lhe toca;</p>

CONSULTA dos 6 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M.SHERIDAN 6 MESES	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u></p> <p><u>PESO, COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 150 a 210g/sem; Comprimento – 2,5 cm/mês; P. Cefálico 1,5 cm/mês nos 1^o 6 meses.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Aleitamento Materno/Artificial Vantagens do AM; Carne, Glúten, Iogurte natural + fruta passada ou bolacha “Maria”</p> <p><u>VITAMINA D</u> -1 gota/dia (até 12 meses de idade)</p> <p><u>POSIÇÃO DE DEITAR</u> Decúbito dorsal, se Decúbito lateral (Alternância)</p> <p><u>DENTIÇÃO</u> Incisivos centrais inferiores; Lavagem dos dentes, Pastas com Flúor.</p> <p><u>HABITOS DE SONO</u> Ritual de deitar</p> <p><u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Aquisição de padrão intestinal e vesical próprio.</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Angústia da separação a partir do 7^o mês; Choro.</p> <p><u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte da criança ; Queimaduras; Quedas; Asfíxia</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se temp >38°C; 1^o dar paracetamol 6h/6h</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre; petéquias; choro forte/persistente > 4h; prostração; recusa alimentar; vômitos; diarreia; sinais de desidratação.</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e Grau de permeabilidade Observar Suturas: afastamento; cavalgamento.</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; pupilas; íris; coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; palato; língua; orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias)</p> <p><u>TORAX ANTERIOR</u> (Forma; Glândulas mamárias -volume; Secreção; Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (Simetria Clavículas; Alinhamento das Vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (timpanismo) <u>ORGÃOS GENITAIS</u> (Volume; Cor; Secreção)</p> <p><u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações)</p> <p><u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MAOS</u> (3 Pregas; malformações) <u>COXAS</u> (Abdução; simetria das pregas) <u>PÉS</u> (malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Dec. ventral apoia nas mãos. Dec. dorsal levanta a cabeça. Membros inf. na vertical dedos flectidos. Tração pelas mãos faz força para se sentar. Mantém-se sentado sem apoio. De pé faz apoio.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Tem preensão palmar. Leva objectos à boca Transfere objectos. Se o objecto cai esquece-o imediatamente. Boa convergência (estrabismo anormal)</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Segue os sons a 45 cm do ouvido. Vocaliza monossílabos e dissílabos. Dá gargalhadas</p> <p><u>COMPORTEMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Muita activo, atento e curioso.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Ausência de controlo da cabeça. Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar a criança; Assimetria.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Não olha nenhum objecto; Não pega em nenhum objecto; Estrabismo manifesto e constante;</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não reage aos sons; Não vocaliza;</p> <p><u>COMPORTEMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Desinteresse pelo ambiente; Irritabilidade, estremece sempre que alguém lhe toca;</p>

CONSULTA dos 9 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M.SHERIDAN 9 MESES	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u></p> <p><u>PESO; COMPRIMENTO; PERIMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 90 a 150g/sem; Comprimento – 1,25 cm/mês; P. Cefálico 0,5 cm/mês.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Introdução do peixe – solha, linguado, pescada. 10 meses: gema de ovo (¼) e laranja</p> <p><u>DENTIÇÃO</u> Incisivos laterais superiores; Lavagem dos dentes, manha e deitar.</p> <p><u>HABITOS DE SONO</u> Ritual da hora de deitar</p> <p><u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes. Massagem abdominal Estimulação com cânula de microclister.</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Põem-se em pé com ajuda; Linguagem – começa a dizer algumas palavras; Brinquedos adequados.</p> <p><u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Transporte da criança; queimaduras; quedas; asfixia</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se temp >38°C; 1º dar paracetamol 6h/6h</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre; petéquias; Choro forte/persistente > 4h; prostração; recusa alimentar; vômitos; diarreia; sinais de desidratação.</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e grau de permeabilidade Observar Sutures: afastamento; cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; Pupilas; Íris; Coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; Sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; palato; língua; orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias)</p> <p><u>TORAX ANTERIOR</u> (Forma; glândulas mamárias: volume; secreção; simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (simetria clavículas; alinhamento das vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (timpanismo) <u>ORGÃOS GENITAIS</u> (volume; cor; secreção)</p> <p><u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações)</p> <p><u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 pregas; malformações) <u>COXAS</u> (Abdução; simetria das pregas) <u>PÉS</u> (malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Senta-se só e fica 10 a 15 minutos Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Tem preensão e manipulação. Leva tudo à boca Aponta com o indicador Tem pinça. Atira os objectos ao chão deliberadamente. Procura o objecto que caio ao chão.</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Atenção rápida para os sons perto e longe. Localização de sons suaves a 90 cm acima ou abaixo do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons do adulto.</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Mastiga. Distingue os familiares dos estranhos.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Não se senta; Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição; Assimetria.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Não tem preensão palmar nem leva objectos à boca; Não reage aos sons (voz, roca, chávena, colher); Estrabismo</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização.</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Apático, não interage com familiares; Engasga-se com facilidade.</p>

CONSULTA dos 12 MESES

TEMAS DE CONVERSA	OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA	M.SHERIDAN 9 MESES	SINAIS DE ALERTA do DESENVOLVIMENTO
<p><u>ESCLARECIMENTO de DÚVIDAS dos PAIS</u></p> <p><u>PESO; COMPRIMENTO; PERÍMETRO CEFÁLICO</u> Peso aumenta 90 a 150g/sem; Comprimento – 1,25 cm/mês; P. Cefálico 0,5 cm/mês.</p> <p><u>ALIMENTAÇÃO</u> Leite; couve; leguminosas; ovo completo; Anorexia fisiológica.</p> <p><u>ANOREXIA FISIOLÓGICA</u></p> <p><u>DENTIÇÃO</u> Incisivos centrais superiores; Lavagem dos dentes, manha e deitar.</p> <p><u>HABITOS DE SONO</u> Ritual ao deitar</p> <p><u>HABITOS INTESTINAIS E CÓLICAS</u> Características e frequência das fezes. Massagem abdominal Estimulação com cânula de microclister.</p> <p><u>DESENVOLVIMENTO/TEMPERAMENTO</u> Necessidade de disciplina – regras; birras; brincadeira.</p> <p><u>ACIDENTES E SEGURANÇA</u> Cuidado com: locais de armazenamento de detergentes, produtos tóxicos e medicamentos; Não guardar em embalagens alimentares.</p> <p><u>TEMPERATURA NORMAL E FEBRE</u> Febre se temp>38°C; 1º dar paracetamol 6h/6h Pode fazer Ibuprofeno 8h/8h</p> <p><u>SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA</u> Febre; petéquias; choro forte/persistente> 4h; prostração; recusa alimentar; vômitos; diarreia;</p> <p><u>OUTROS:</u> Data da próxima consulta Disponibilizar contactos do CS e Saúde 24</p>	<p><u>ASPECTO GERAL:</u> Pele e Mucosas</p> <p><u>OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA:</u> <u>Fontanelas</u> Anterior- aberta até +/- 18 meses Posterior – aberta até 2/3 meses Pesquisar: Tensão e grau de permeabilidade Observar Sutures: Afastamento; cavalgamento</p> <p><u>FACE</u> Simetria Olhos – Pálpebras; pupilas; íris; coordenação Orelhas – Implantação Nariz – Forma; sinais dificuldade respiratória Boca – Lábios; palato; língua; orofaringe</p> <p><u>PESCOÇO</u> (Despiste de adenopatias)</p> <p><u>TORAX ANTERIOR</u> (forma; glândulas mamárias: volume; Secreção; Simetria) <u>TORAX POSTERIOR</u> (simetria clavículas; alinhamento das Vértebras)</p> <p><u>ABDÓMEN</u> (timpanismo) <u>ORGAOS GENITAIS</u> (volume, cor; secreção)</p> <p><u>ÂNUS</u> (Fissuras ou alterações)</p> <p><u>MEMBROS SUP. E INF.</u> <u>MÃOS</u> (3 pregas; malformações) <u>COXAS</u> (abdução; simetria das pregas) <u>PÉS</u> (malformações)</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Passa de decúbito dorsal a sentado Tem equilíbrio sentado Gatinha Põe-se de pé e baixa-se. Apoio de duas ou uma mão.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão. Procura objecto escondido. Interesse visual para perto e longe.</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Resposta rápida a sons suaves mas habituando-se depressa Dá pelo nome e volta-se. Jargão (vocabulário próprio) Compreende ordens simples “dá cá” e “adeus”</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Bebe pelo copo com ajuda. Segura a colher mas não a usa. Colabora no vestir levantando os braços. Muito dependente do adulto. Demonstra afecto.</p>	<p><u>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</u> Não aguenta o peso sobre as pernas; Permanece imóvel, procura mudar de posição; Assimetria.</p> <p><u>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</u> Não pega nos brinquedos ou fá-lo com uma só mão; Estrabismo</p> <p><u>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</u> Não responde à voz.</p> <p><u>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</u> Não brinca, nem estabelece contacto; Não mastiga.</p>

CENTRO DE SAÚDE VILA FRANCA DE XIRA

EXTENSÃO CASTANHEIRA DO RIBATEJO

IMPLEMENTAÇÃO

DO FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL



ELABORAÇÃO: MARA LOURENÇO

ALUNA DO 3º MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA UCP E

CONSELHEIRA EM ALEITAMENTO MATERNO

ORIENTAÇÃO: EESIP CÂNDIDA PEREIRA

FUNDAMENTAÇÃO

Hoje, como sempre, o leite materno é o melhor alimento para qualquer criança. As suas virtudes são universalmente reconhecidas e a sua promoção continua a ser uma prioridade para os cuidados de saúde, através de políticas de actuação bem definidas e de execução simples.

“A decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe; o sucesso do aleitamento materno depende dela, do recém-nascido e da intervenção segura e confiante dos médicos e enfermeiras no acompanhamento e apoio à prática da amamentação. Esta vontade colectiva e institucional e uma acção coerente, partilhada e bem aceite por todos, são condições essenciais para o êxito” (MOLEIRO et al, 2004, p.113). Ou seja, a capacidade de uma mãe otimizar o aleitamento materno ao seu bebé, depende do apoio que recebe, cabendo aos profissionais de saúde, um papel especial no aconselhamento do aleitamento materno no período pré e pós natal.

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos seis meses, e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos dois anos ou mais (1997).

O aleitamento materno exclusivo significa dar ao bebé apenas leite materno, directamente ou extraído previamente, sem nenhum líquido ou sólido, inclusivamente água, com excepção para medicamentos, vitaminas ou sais minerais (OMS/UNICEF, 1997).

Sendo um alimento cada vez mais reconhecido como determinante da saúde do bebé, a curto, médio e também a longo prazo, consideramos que a promoção da amamentação é de maior importância.

Noventa por cento das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno mas quase metade das mães desistem da amamentação durante o primeiro mês de vida do bebé (UNICEF, 2008).

Se antigamente as mães ensinavam as filhas e a amamentação aprendia-se principalmente pela observação, no seio de famílias extensas, “*hoje em dia muitas grávidas nunca viram amamentar, sentem-se inseguras e carecem de informação prática*” (GONZÁLEZ, 2004, p.35).

Estudos já elaborados e publicados a nível nacional e europeu apontam como causas para o abandono precoce do aleitamento materno a insegurança das mães no acto de amamentar (má pega) e na capacidade de suprir eficazmente as necessidades nutricionais do bebé (hipogalactia e má progressão ponderal) (SANDES et al, 2007).

Cabe-nos a nós, enquanto profissionais de saúde, garantir à criança o direito ao aleitamento materno, estando aptos a ajudar a mãe a adaptar-se à amamentação, no sentido em que promover o aleitamento materno é contribuir para ganhos em saúde uma vez que beneficia a criança, a mãe, a família e a comunidade.

Enquanto enfermeiros, assumimos assim um papel essencial em todo este processo por fazer um acompanhamento nas primeiras amamentações, com a perspectiva de diminuir o stress e promover um ambiente calmo, ouvir e esclarecer dúvidas.

Deste modo, a nossa intervenção deve ser o mais precoce possível, principalmente nos primeiros dias e até às 3 semanas, período este, em que a mãe tem colostro e pensa que este não é suficiente para o seu filho. Por outro lado, é também nesta fase que ocorrem as principais dificuldades com as mamas tais como fissuras, gretas ou outras complicações e em colocar o bebé à mama. Uma pega incorrecta é o suficiente para que o bebé não extraia leite em quantidade suficiente e consequentemente não aumente de peso. Algumas mães, por falta de informação e de apoio interpretam o choro do seu filho como fome e que o seu leite é insuficiente para saciar a criança, optando por abandonar o aleitamento materno.

Segundo BOBAK (1999, p.431) *“o sucesso do programa de amamentação pode ser avaliado pela observação directa do bebé ao peito”*.

Avaliar uma mamada permite a tomada de decisão quanto à necessidade de ajuda e como ajudar a mãe que amamenta (OMS/UNICEF, 1997). Podemos, aprender muito sobre como está a correr a amamentação, se bem ou mal, através da observação. Isto é tão importante no exame clínico, quanto outros aspectos examinados, tais como procurar sinais de desidratação ou contar a frequência respiratória do bebé.

Isto porque, muitas das dificuldades são causadas por uma pega ineficaz, dificuldades essas, que podem ser superadas se ajudarmos a mãe a corrigir a posição do bebé e podem ser prevenidas se ajudarmos a mãe a colocar o bebé à mama nos primeiros dias.

Algumas das consequências de uma pega incorrecta e ineficaz são dor e ferida nos mamilos, ingurgitamento, bebé insatisfeito, que quer mamar mais, frustrado e que se recusa a mamar e por fim, bebé que não ganha peso.

Introduzir a aplicação do formulário de observação da mamada como um instrumento de suporte na consulta de Saúde infantil tem como objectivo geral contribuir para o apoio ao aleitamento materno nas famílias que decidem amamentar e que recorrem à Extensão de Castanheira do Ribatejo. A existência de um suporte escrito que permita uma melhor percepção das dificuldades que a mulher e seu bebé podem apresentar nesta nova fase da sua vida, ajuda a direccionar os cuidados de enfermagem e a focalizar as áreas de intervenção. Deste modo, este formulário permite uma observação sistematizada da díade em amamentação; identificar áreas que requerem intervenção e/ou educação, servir como um instrumento de comunicação e documentação entre os profissionais de saúde. Além do mais, repetindo a avaliação, permite identificar se houve mudanças na experiência da amamentação.

APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO

Os diferentes aspectos a observar quando um bebé está a ser amamentado, são:

- **Postura Corporal**
- **Respostas**
- **Vínculo Emocional**
- **Anatomia**
- **Sucção**
- **Tempo Gasto com a Sucção**

Postura Corporal

“...a postura do corpo é secundária. É possível encontrar alguns recém-nascidos que mamam sem problemas em posturas inverosímeis; não se deve interferir se não houver problemas reais com a amamentação...” (GONZÁLEZ, 2004, p.27).

Existem diversas posições para amamentar. O importante é que a mãe esteja confortável assim como o bebé.



Bebé na posição vertical



Posição do “C”



Posição do berço



Posição deitada



Posição com Bebé de cabeça para baixo

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

Pontos-chave

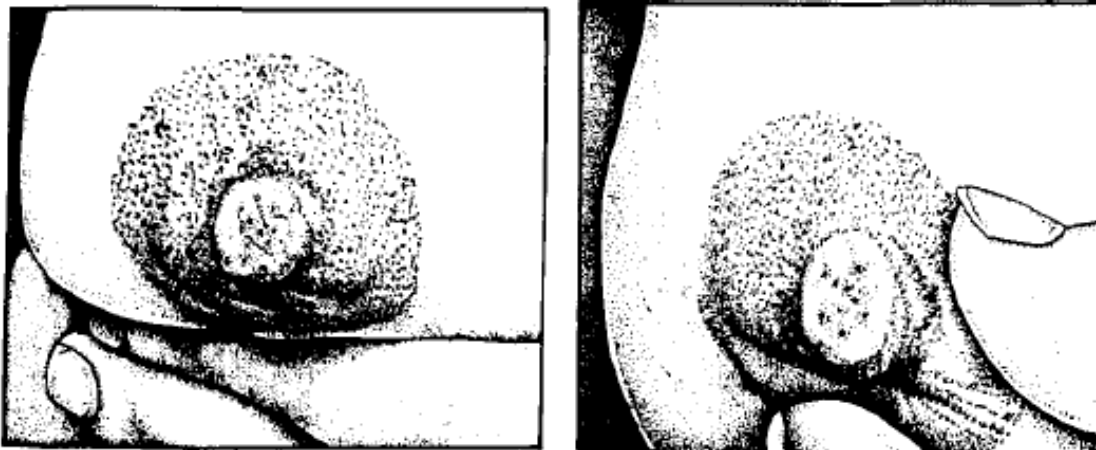
- Mãe relaxada e confortável
- A cabeça e o corpo do bebé devem estar em linha recta;
- A face do bebé deve estar de frente para a mama, com o nariz de frente para o mamilo e queixo apoiado;
- A mãe deve segurar o corpo do bebé junto ao seu;
- Se o bebé é recém-nascido deve apoiar-se as suas nádegas e não apenas a sua cabeça e ombros.

(OMS/UNICEF, 1997, p.46)

Forma correcta de segurar a mama:

- Colocação dos dedos na parede do tórax por baixo da mama;
- Dedo indicador forma um suporte na base da mama;
- Dedo polegar fica por cima;
- Evitar colocar-se os dedos próximos do mamilo.

(OMS/UNICEF, 1997)



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

Respostas

Observar:

- Como se encontra o bebé (acordado, letárgico, irrequieto, calmo...), se procura a mama e a explora com a língua, se pega ao nível da auréola, se mantém a pega...
- Presença de sinais de saída de leite e sensações que traduzem um reflexo de ocitocina activo (extravasamento, dores uterinas, fisgadas).

Vínculo Emocional

O relacionamento íntimo mãe/bébé ajuda ao estabelecimento do vínculo afectivo.

“Devemos corrigir qualquer alteração existente ao nível dos afectos por interferir com o estímulo do reflexo da ocitocina” (UNICEF, 2008, p.24).



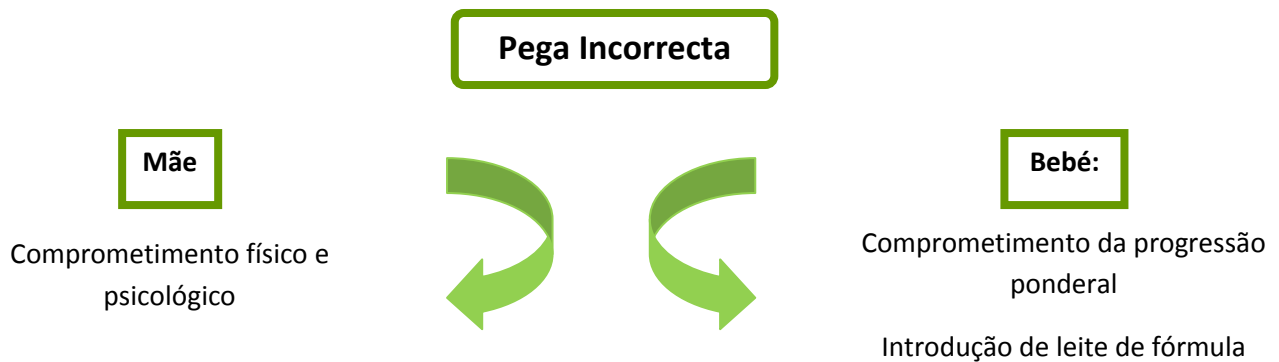
Fonte: OMS/UNICEF, 1997

Anatomia

“Limitar o tempo ao peito não previne as lesões do mamilo. Quando o bebé é amamentado correctamente, não haverá dor ou lesões tecidulares” (BOBAK, 1999, p.439).

A amamentação em regime livre contribui para a ocorrência de menos dificuldades, entre as quais o ingurgitamento (UNICEF, 1997). Importa detectar precocemente alguns problemas que possam surgir nas mamas e a actuação atempada para minimizar a interferência com a amamentação.

Sucção



Bebé com pega adequada na mama



Bebé com pega ineficaz na mama



Fonte:OMS/UNICEF, 1997

Pontos-chave

- Boca bem aberta;
- Lábio inferior virado para fora;
- Língua do bebé acoplada em redor do mamilo;
- Bochechas arredondadas;
- Mais auréola cima do que em baixo;
- Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa.

Tempo gasto na sucção

O tempo da mamada é variável e depende de determinados factores: idade do bebé, estado nutricional, estado de saúde.

Devemos verificar se o bebé recebeu leite inicial e final. É necessário bom senso quanto ao tempo da mamada. O objectivo razoável é conseguir pelo menos oito a doze mamadas nas 24 horas e para isso é fundamental o alojamento conjunto.

(GONZÁLEZ, 2004)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BOBAK, I; LOWDWEMILK, D; JENSEN, M - Enfermagem na maternidade. 4ª Edição, Loures, Lusociência, 1999, 1017 p. ISBN 972-8383-09-6.

GOMES, A. et al - Aleitamento Materno. Consensos Nacionais de Neonatologia, 2004, 205 p.

GONZÁLEZ, C. - Manual Prático do Aleitamento Materno. Mama Mater – Associação, 2004, 260 p. IBCLC Nº 306-73745.

MOLEIRO, A; GOMES, A; NONA, M. - Aleitamento Materno. Consensos Nacionais de Neonatologia. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra, 2004, p. 113-116.

SANDES A. R. et al - Aleitamento materno: prevalência e factores condicionantes. Acta Pediátrica Portuguesa. nº 20, 2007, p.193-200.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF) - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante. OMS/UNICEF, 1997, 186p.

UNICEF - Manual de aleitamento materno. Edição revista. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. 43 p. ISBN: 96436.

FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da Mãe: _____

Nome do Bebê: _____

Amamentação vai bem

POSTURA CORPORAL

Mãe relaxada e confortável

Bebé próximo, de frente para a mãe

Cabeça e corpo do bebé em linha recta

Queixo do bebé toca na mama

Nádegas do bebé apoiadas

Mãe segura mama em forma de C

Possíveis dificuldades

POSSIVEIS DIFICULDADES

Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebé

Corpo do bebé longe do da mãe

Pescoço do bebé torcido

Queixo do bebé não toca na mama

Só ombro ou cabeça apoiado

Mãe segura mama em forma de tesoura

RESPOSTAS

Bebé procura a mama quando sente fome

Bebé roda e procura a mama

Bebé explora a mama com a língua

Bebé calmo e alerta à mama

Bebé mantém a pega na auréola

Sinais de saída de leite (extravasam/, dores uterinas e fisgadas)

Nenhuma resposta à mama

Não procura a mama

Bebé não interessado na mama

Bebé inquieto ou a chorar

Bebé não mantém a pega na auréola

Não há sinais de saída de leite

VÍNCULO EMOCIONAL

Mãe segura bebé no colo com firmeza e segurança

Mãe e bebé mantêm contacto visual

Muito toque materno

Mãe segura bebé nervosa ou com pouca força

Nenhum contacto visual mãe-filho

Pouco toque materno

ANATOMIA

Mamas macias após as mamadas

Mamilos exteriorizados e protácteis

Pele da mama com aparência saudável

Mamas com aparência arredondada

Mamas ingurgitadas

Mamilos rasos ou invertidos

Pele da mama com fissuras ou vermelhidão

Mamas tensas ou flácidas

SUCÇÃO

Boca bem aberta

Lábio inferior virado para fora

Língua do bebé acoplada em redor do mamilo

Bochechas arredondadas

Mais auréola acima da boca do bebé

Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa

Pode-se ver e/ouvir-se a deglutição

Boca pouco aberta, apontada para a frente

Lábio inferior virado para dentro

Língua do bebé não visível

Bochechas tensas ou encovadas

Mais auréola abaixo da boca do bebé

Apenas sucções rápidas

Ouve-se ruídos altos

TEMPO GASTO NA SUCÇÃO

Bebé solta a mama

Mãe retira bebé da mama

Bebé mamou durante _____ minutos

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

CENTRO DE SAÚDE VILA FRANCA DE XIRA

EXTENSÃO CASTANHEIRA DO RIBATEJO

MANUAL DE PROCEDIMENTOS



“CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO”

ELABORAÇÃO: MARA LOURENÇO

ALUNA DO 3º MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA UCP E

CONSELHEIRA EM ALEITAMENTO MATERNO

ORIENTAÇÃO: EESIP CÂNDIDA PEREIRA

INTRODUÇÃO

A amamentação dá à criança o melhor começo de vida. Estima-se que mais de um milhão de crianças morrem por ano com diarreia, infecções respiratórias e outras infecções por não serem amamentadas adequadamente. Muitas sofrem de doenças que não teriam contraído se tivessem sido amamentadas. A amamentação também contribui para melhorar a saúde da mãe.

O aleitamento materno é assim, considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo.

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses, e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos de idade ou mais (1997). No entanto, a maioria das mães, na maioria dos países, iniciam a alimentação com leite de fórmula por biberão e outros alimentos antes dos 4 meses, e muitas param a amamentação muito antes dos 2 anos. As razões comuns são:

- as mães acreditam que não têm leite suficiente ou têm tido algumas dificuldades para iniciar e manter a amamentação;
- a mãe trabalhar fora de casa e não sabe como manter a amamentação e o trabalho;
- a mãe não tem quem a ajude ou a rotina do serviço de saúde e os conselhos que ela recebe não são de apoio à amamentação.

Os profissionais de saúde têm assim um papel fundamental na promoção e no apoio a esta prática, ajudando as mães e crianças a amamentarem com sucesso.

A existência de um *Cantinho da Amamentação* na Castanheira do Ribatejo é uma das estratégias possíveis, no sentido em que este espaço disponibiliza um local calmo, tranquilo, com privacidade, onde as mães e bebés lactantes podem receber todo o tipo de ajuda e apoio prático em questões relativas à amamentação.

O presente documento surge no âmbito do estágio em Cuidados de Saúde Primários (Módulo I), do 3º Curso de Mestrado Profissional em Saúde Infantil e Pediatria.

Sentiu-se a necessidade de realizar um manual de procedimentos para “*O Cantinho da Amamentação*”, no sentido em que não existia nenhum documento ou suporte informativo que apoiasse as intervenções realizadas neste espaço. Além do mais, este manual servirá como guia de orientação para os cuidados prestados de forma a uniformizar as intervenções de toda a equipa que presta apoio às mães e bebés nesta fase da sua vida, bem como será útil como documento de consulta para novos profissionais.

Apresentamos assim de seguida, um conjunto de orientações para as situações mais comuns que podem surgir no âmbito deste espaço.

ÍNDICE DE NORMAS

- ✓ COMO COLHER UMA HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO
- ✓ COMO OBSERVAR UMA MAMADA
- ✓ EXAME DA MAMA
- ✓ HORÁRIO DE AMAMENTAÇÃO
- ✓ EXTRACÇÃO MANUAL DE LEITE MATERNO
- ✓ FREQUENCIA DA EXTRACÇÃO DE LEITE
- ✓ COMO ESTIMULAR O REFLEXO DA OCITOCINA
- ✓ ADMINISTRAÇÃO DE LEITE POR COPO
- ✓ COMO ARMAZENAR E CONSERVAR O LEITE MATERNO
- ✓ BEBÉ QUE RECUSA MAMAR
- ✓ POUCO LEITE
- ✓ CHORO
- ✓ MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS
- ✓ MAMILOS FISSURADOS
- ✓ MAMAS INGURGITADAS
- ✓ DUCTOS BLOQUEADOS E MASTITE

COMO COLHER UMA HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO

OBJECTIVO: Compreender a situação da mãe.

CONCEITO: Colher uma história significa fazer perguntas relevantes e de forma sistemática. Para compreendemos cada a situação específica de cada mãe não podemos apenas observar, é necessário fazer algumas perguntas.

DESCRIÇÃO:

- **Usar o nome da mãe e do bebé (se apropriado):**
 - Cumprimentar a mãe de uma forma delicada e amigável;
 - Apresentar-se e perguntar pelo nome dela e do bebé;
 - Estes nomes devem ser usados quando nos dirigimos a eles.

- **Pedir para ela lhe falar sobre ela e sobre o bebé da forma que entender:**
 - Deixar a mãe falar primeiro, sobre o que achar importante;
 - Só depois interrogar sobre outras coisas que achar necessário;
 - Encorajá-la a falar.

- **Observar o Boletim de saúde Infantil e Juvenil:**
 - O Boletim mostra alguns factos importantes e economiza nas perguntas.

- **Fazer as perguntas mais importantes:**
 - Fazer perguntas de preferência abertas, mas também fechadas, sem ser demasiado intrusivo.

- **Ter cuidado para não parecer crítico:**
 - Aceitar o que a mãe está a dizer e elogiar o que está a fazer bem;
 - Evitar juízos de valor e os porquês.

Nota: Ver anexo I – Formulário Como colher uma história de amamentação: serve de guia para os factos mais importantes.

OBSERVAÇÃO DA MAMADA

OBJECTIVO: Diagnosticar problemas na técnica da amamentação.

CONCEITO: Observar a mamada, permite-nos aprender muito sobre como está a correr a amamentação. Permite uma observação sistematizada da díade em amamentação e identificar áreas que requerem intervenção e/ou educação.

DESCRIÇÃO:

➤ **Os diferentes aspectos a observar quando um bebé está a ser amamentado, são:**

- Postura Corporal
- Respostas
- Vínculo Emocional
- Anatomia
- Sucção
- Tempo Gasto com a Sucção

➤ **Postura Corporal**

- Mãe relaxada e confortável;
- A cabeça e o corpo do bebé devem estar em linha recta;
- A face do bebé deve estar de frente para a mama, com o nariz de frente para o mamilo e queixo apoiado;
- A mãe deve segurar o corpo do bebé junto ao seu;
- Se o bebé é recém-nascido deve apoiar-se as suas nádegas e não apenas a sua cabeça e ombros.
- A postura do corpo é secundária;
- Existem diversas posições para amamentar;
- Não interferir se não houver problemas reais com a amamentação;
- O importante é que a mãe esteja confortável assim como o bebé.



Bebé na posição vertical



Posição do "C"



Posição do berço



Posição deitada

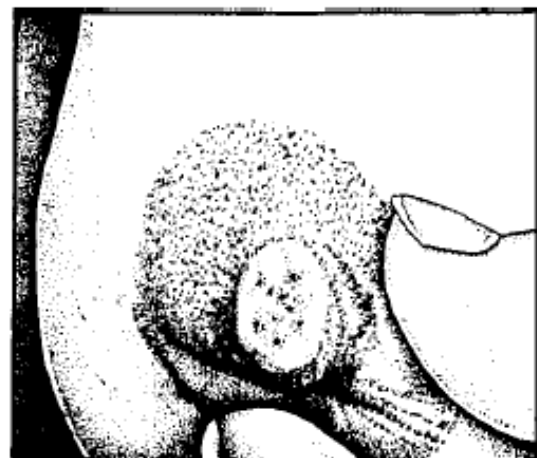
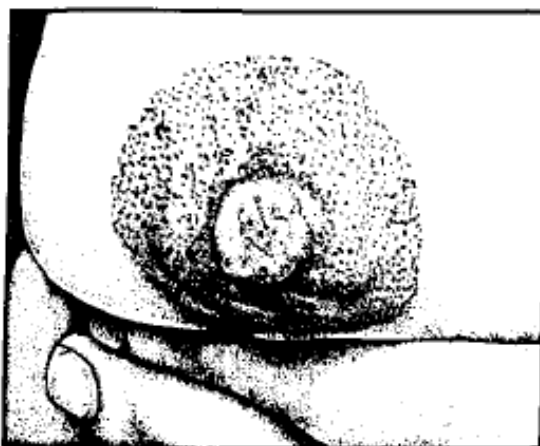


Posição com Bebê de cabeça para baixo

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Forma correcta de segurar a mama:**

- Colocação dos dedos na parede do tórax por baixo da mama;
- Dedo indicador forma um suporte na base da mama;
- Dedo polegar fica por cima;
- Evitar colocar-se os dedos próximos do mamilo.



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Respostas:**

- Observar:
 - ✓ Como se encontra o bebé (acordado, letárgico, irrequieto, calmo...), se procura a mama e a explora com a língua, se pega ao nível da auréola, se mantém a pega...
 - ✓ Presença de sinais de saída de leite e sensações que traduzem um reflexo de ocitocina activo (extravasamento, dores uterinas, físgadas).

➤ **Vínculo Emocional:**

- Corrigir qualquer alteração ao nível dos afectos que interfira com o estímulo do reflexo da ocitocina:
 - ✓ Informar a mãe sobre factores que estimulam o reflexo tais como pensar carinhosamente no bebé; ouvir os sons do bebé, olhar para ele e ter confiança em si mesma;
 - ✓ Alertar para os factores inibidores tais como: preocupações, stress, dor e sentimentos de insegurança.

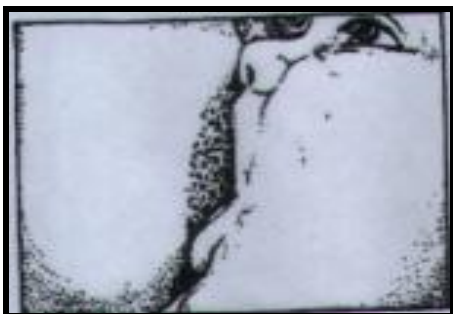
➤ **Anatomia**

- Observar:
 - ✓ Mamilos (exteriorizados e protácteis, planos ou invertidos);
 - ✓ Aparência da pele da mama (saudável, vermelha, fissuras);
 - ✓ Forma das mamas (arredondadas, ingurgitadas);
 - ✓ Mamas após as mamadas (macias, moles ou tensas).

➤ **Sucção**

- **Observar:**
 - ✓ Boca bem aberta;
 - ✓ Lábio inferior virado para fora;
 - ✓ Língua do bebé acoplada em redor do mamilo;
 - ✓ Bochechas arredondadas;
 - ✓ Mais auréola cima do que em baixo;
 - ✓ Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa.

Bebé com pega adequada na mama



Bebé com pega ineficaz na mama



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Tempo gasto na sucção**

- O tempo da mamada é variável e depende de determinados factores: idade do bebé, estado nutricional, estado de saúde;
- Verificar se o bebé recebeu leite inicial e final;
- Ter bom senso quanto ao tempo da mamada;
- O objectivo razoável é conseguir pelo menos oito a doze mamadas nas 24 horas.

Nota: Ver Anexo II – Formulário de Observação da Mamada

EXAME DA MAMA

OBJECTIVO: Despistar problemas mamários que possam interferir com a amamentação.

CONCEITO: Consiste em observar, e esse necessário palpar a mama de forma a despistar situações que possam dificultar a amamentação. Importa detectar precocemente alguns problemas que possam surgir nas mamas de forma a actuar atempadamente para minimizar a interferência com a amamentação. De rotina não é necessário examinar a mama, apenas se a mulher está preocupada.

DESCRIÇÃO:

- **Inspeccionar, sem tocar:**

- ✓ Tamanho e forma da mama (pode afectar a confiança);
 - ✓ Tamanho e forma do mamilo (pode afectar a pega);
 - ✓ Gotejamento de leite (é um sinal do reflexo de ocitocina activo);
 - ✓ Se está cheia, macia, ou ingurgitada;
 - ✓ Se existem fissuras no mamilo;
 - ✓ Se há presença de rubor (infecção e inflamação);
 - ✓ Cicatrizes.
- Questionar a mãe se notou alguma coisa de errado, se sim, que explique;
 - Se necessário palpar, pedir permissão;
 - Usar a palma da mão (dedos juntos e estendidos);
 - Não beliscar ou pressionar com força;
 - Observar o rosto da mãe para verificar se há sinais de dor ou hipersensibilidade;
 - Examine a presença de tensão mamária; endurecimento ou ingurgitamento, áreas quentes e caroços.

HORARIO DE AMAMENTAÇÃO

OBJECTIVO: Estabelecer o aleitamento materno.

CONCEITO: Em condições normais, o momento ideal para colocar o bebé ao peito é logo após o nascimento ou na primeira hora que se segue ao parto. Esta constitui a melhor forma de dar as “boas vindas à vida” e de se iniciar um conhecimento recíproco.

DESCRIÇÃO:

➤ **Horário** (tempo de amamentação):

- Os recém-nascidos, devem mamar quantas vezes quiserem (horário livre);
- A maioria dos recém-nascidos, necessita de 8 a 10 mamadas, em cada 24 horas para ganhar peso adequadamente;
- Se necessários, os pais devem acordar os bebés para mamar, se perceberem que não conseguem fazer no mínimo 8 mamadas nas 24 h. A frequência é determinada pela contagem a partir do início de uma mamada até ao início da próxima;
- A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebés mamam 90% do que necessitam em 4 minutos;
- Ensinar a mãe a perceber se o bebé está a obter leite da mama e não está a fazer da mama uma chupeta, pois isto pode macerar os mamilos, criar fissuras e levar a mãe a desistir da amamentação (ver norma Sinais de uma Boa Pega);
- O bebé deve esvaziar uma mama em cada mamada, só se continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama. O leite no final da mamada contém uma maior quantidade de gordura, por isso, esvaziar totalmente a mama é o segredo para uma melhor e maior produção de leite;
- Na mamada seguinte deve-se oferecer a mama que estiver mais cheia (se mamou das duas mamas, oferecer a ultima, se mamou apenas numa, oferecer a oposta).

EXTRACÇÃO MANUAL DE LEITE

OBJECTIVO: Capacitar a mãe para extrair o seu leite de forma a iniciar ou manter a amamentação.

CONCEITO: Em algumas situações, o bebé não pode ou não consegue mamar. Noutras, pode ser necessário aumentar a produção de leite quando esta diminui. O início da extracção vai depender do momento e do motivo da decisão. Mas, frequentemente é necessário logo após o parto, como acontece quando o bebé é prematuro, está doente, ou não consegue mamar por qualquer outra razão. Consiste remoção manual de leite materno, sem qualquer auxílio de uma bomba. Qualquer estratégia de extracção de leite, deve ser acompanhada dum estímulo do reflexo de ocitocina, na medida em que esta ajuda o leite a fluir.

DESCRIÇÃO:

➤ **A extracção de leite é útil ou necessária em múltiplas situações:**

- Iniciar e manter a lactação quando o bebé não consegue mamar (ex. prematuridade, hospitalização, doença);
- Manter a lactação quando a mãe está doente ou tomou medicamentos que impedem a amamentação;
- Quando a mãe tem de se ausentar ou regressar ao trabalho;
- Para prevenir ou aliviar o ingurgitamento;
- Para ajudar o bebé a pegar quando um seio está cheio

➤ **Técnica:**

- Lavar as mãos antes de iniciar a extracção;
- A mãe deve estar sentada ou ficar em pé, desde que confortável, e colocar o recipiente próximo da mama;
- Colocar o polegar na mama, acima do mamilo e auréola e o dedo indicador abaixo do mamilo e auréola;



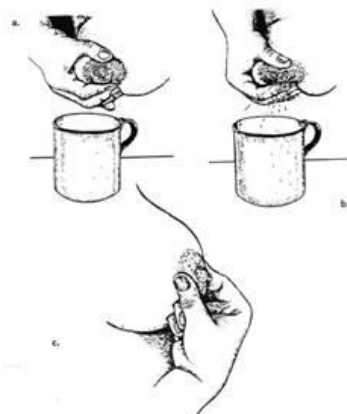
Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- Pressionar com o polegar e indicador levemente para dentro, em direcção à parede torácica. Evitar exercer pressão exagerada porque pode bloquear os ductos;
- Pressionar e soltar de seguida, o que não deve provocar dor. Se a mãe sentir dor, terá de corrigir a técnica de extracção de leite;



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade;
- Para não lesar a mama, colocar os dedos em diferentes posições (ex: colocando-os lateralmente com o indicador de um lado da auréola e polegar do lado oposto da auréola) e repita a técnica de extracção;



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- Fazer a expressão do leite até sentir que a mama já não está tensa.

FREQUÊNCIA DA EXTRACÇÃO DE LEITE

OBJECTIVO: Estimular a produção de leite.

CONCEITO: O tempo entre extracções pode ser variável e ajustado às preferências e outras actividades, sem um horário rígido, como acontece com a amamentação em geral. Tal como acontece com o bebé a mamar, quanto mais vezes a mãe extrair leite, mais vai ter.

DESCRIÇÃO:

- **Para estabelecer a lactação, alimentar um bebé de baixo peso ou RN doente:**
 - Extrair no 1º dia, se possível, nas primeiras horas após o parto, mesmo sendo apenas algumas gotas de colostro;
 - Extrair o tanto quanto a mãe puder e com a mesma frequência com que o bebé mamar. Pelo menos de 3/3h, inclusive durante a noite;
 - Se a mãe extrair poucas vezes ou se os intervalos entre as extracções forem longos, pode não ser capaz de produzir leite suficiente.

- **Para aumentar a produção:**
 - Extrair muitas vezes durante o dia, com intervalos de 30 minutos ou 1 hora e pelo menos de 3/3 horas durante a noite.

- **Para deixar leite para o bebé enquanto a mãe vai trabalhar:**
 - Extrair tanto quanto possível antes de ir trabalhar;
 - Extrair o leite enquanto está no trabalho.

- **Situações de ingurgitamento:**
 - Extrair apenas a quantidade suficiente para aliviar o desconforto ou permitir que o bebé peque na mama.

ESTIMULAR O REFLEXO DE OCITOCINA

OBJECTIVO: Ajudar o leite a fluir.

CONCEITO: A ocitocina é uma hormona produzida pelo hipotálamo e armazenada na hipófise anterior, tendo como função não só a promoção das contracções uterinas durante o parto mas também a ejeção de leite durante a amamentação.

Qualquer estratégia de extracção de leite, deve se acompanhada duma estimulação do reflexo de ocitocina, na medida em que esta ajuda o leite a fluir.

DESCRIÇÃO:

- **Antes de amamentar**, é necessário, ajudar a mãe psicologicamente, desenvolvendo a sua confiança:
 - Tentar reduzir fontes de dor ou ansiedade;
 - Ajudar a mãe a ter pensamentos e sentimentos agradáveis sobre o bebé;
 - Ajudar a mãe a relaxar, com exercícios de relaxamento, como por exemplo através de uma massagem nas costas que pode ensinar à mãe ou a uma pessoa amiga.
 - Colocar a mãe, sentada num banco ou cadeira confortável e inclinada sobre uma mesa com os membros superiores apoiados. A cabeça deve estar apoiada sobre os braços. As mamas devem ficar penduradas e sem roupa. Com as mãos fechadas, massajar com os polegares com movimentos rotativos nos dois lados da coluna exercendo uma firme pressão, de cima para baixo, do pescoço ate às omoplatas, durante 2 ou 3 minutos;



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- Aquecer as mamas: fazer uma massagem nas mamas com água do chuveiro ou aplicar um saco com água quente (protegendo-o com um pano) ou ainda massajar a mama com

a mão (em movimentos circulares), enquanto está colocada numa taça com água morna (mama dentro de água e massagem em simultâneo);

- Aconselhar a colocação de um creme hidratante nas mãos (para não fazer fricção) e ensinar a realizar a massagem (suave) com a ponta dos dedos ou com a mão fechada em movimentos circulares, da base da mama, em direcção à zona dos mamilos;
- Manter o contacto pele a pele: por exemplo, ter o bebé ao colo enquanto retira o leite. Se não for possível, olhar para uma fotografia do bebé e pensar nele.

➤ **Durante a amamentação:**

- Manter, se possível, o saco com água quente (para tornar o leite mais fluido e produzir vasodilatação);
- Aconselhar a respirar profundamente para conseguir descontrair, inspirando pelo nariz e expirando pela boca (como se estivesse a apagar uma vela);
- Colocar seguidamente o bebé a mamar;
- Procurar com os dedos a existência de nódulos. Se estes existirem, massajar delicadamente com a ponta dos dedos e creme hidratante, procurando orientá-los no trajecto em direcção aos mamilos;
- Alternar as posições do bebé, para que mame dos diferentes quadrantes da mama.

➤ **Após amamentar:**

- Se as mamas ainda estão muito tensas (duras) e a mãe manifestar desconforto, extrair uma pequena porção de leite até se sentir confortável;
- Se as mamas apresentarem tumefacção, pode aplicar água fria ou gelo dentro de um saco (também protegido com um pano);
- Aplicar o próprio leite na zona dos mamilos e da auréola, para proteger e ajudar a recuperar a integridade da pele;
- Beber uma pequena quantidade de uma bebida morna (excepto café, chá preto ou cacau), que a ajude a descontrair.

ADMINISTRAÇÃO DE LEITE POR COPO

OBJECTIVO: Promover o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno exclusivo evitando a utilização precoce de tetinas e consequentemente o “nipple confusion”.

CONCEITO: Administrar leite materno ou outro alimento por copo ao bebé amamentado.

“Nipple Confusion” - confusão de mamilos, resultante do bebé usar técnicas diferentes de sucção à mama e na tetina. O RN apresenta dificuldade em obter uma configuração oral correcta, uma pega e um padrão de sucção adequados para o sucesso do aleitamento materno após a alimentação por biberão ou exposição a um bico artificial.

DESCRIÇÃO:

➤ Indicações:

- Administrar leite quando a amamentação ainda não é possível;
- Alimentar um bebé amamentado quando a sua mãe está ausente;
- Mãe com problemas nas mamas, que dificultam a amamentação;
- Complementar a amamentação, se necessário;
- Minimizar o dispêndio de energia de um bebé;
- Administrar medicação oral;
- Assegurar reforço hídrico na icterícia, hipoglicémia, desidratação, prematuridade;
- Alimentar bebés com descoordenação de sucção/deglutição;
- Mãe que toma medicação temporária, incompatível com a amamentação;
- Reduzir a necessidade de entubação naso ou orogástrica;
- RN com mais de 32 semanas de gestação.

➤ Contra-Indicações:

- ✓ RN com idade inferior a 32 semanas
- ✓ Bebés com a possibilidade de aspiração de leite;
- ✓ Reflexo da tosse débil;
- ✓ Bebé letárgico;
- ✓ Défices neurológicos.

➤ **Técnica:**

- Assegurar que o bebê está calmo (mas não adormecido);
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Colocar o leite no copinho (máximo 2/3 da capacidade do copo);
- Colocar mais 5 ml de leite do que a quantidade a oferecer;
- Verificar a temperatura do leite;
- Adotar uma posição confortável;
- Posicionar o bebê na posição semi-sentado ou sentado, contendo-lhe os braços para evitar acidentes com o copo;
- Apoiar bem os ombros e a cabeça do bebê, a cabeça não deve ficar inclinada para trás;
- Apoiar o copo gentilmente sobre o lábio e gengiva inferiores;
- Adaptar o bordo a toda a área, entre as duas comissuras labiais;
- Inclin levemente o copo para que a criança sinta o leite nos lábios;
- Permitir que o bebê vá recolhendo com a língua, para depois deglutir;
- Oferecer o leite e deixar o bebê impor o seu ritmo; máximo de 30 minutos/evite a fadiga;
- Não despejar o leite dentro da boca do bebê;
- Interromper o processo se este se manifestar inadequado ou desagradável;
- Interagir com a criança durante a alimentação;
- Oferecer o copinho até que a criança manifeste sinais de estar saciada.
- Colocar o bebê a eructar.



Fonte: <http://www.oguiadacidade.com.br>

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

OBJECTIVO: Conservar o leite materno, extraído manualmente ou por bomba.

CONCEITO: Por vezes, as mães podem ter necessidade de extrair o seu leite. Tal como os outros alimentos, o leite materno também pode ser conservado no frigorífico ou congelado. Para tal, necessita de cuidados especiais. Quando o leite é congelado perde algumas das suas propriedades nutricionais e imunológicas, mas isso, em termos práticos, é negligenciável. Mesmo perdendo algumas das suas boas características, o leite materno continua a ser o melhor e mais adequado.

DESCRIÇÃO:

➤ **Depois de extrair o leite manualmente ou com bomba:**

- Colocar num biberão esterilizado, no frigorífico, se o leite for usado nas próximas 48h;
- Se a mãe prevê não usar o leite nas próximas 48h, colocar num frasco ou saco de plástico esterilizado e congelar;
- Existem no mercado diferentes equipamentos para armazenar o leite;



Fonte: <http://saomarcos-lisboa.olx.pt>

- Colocar pouca quantidade de leite em cada recipiente, tendo em conta aquilo que se prevê que o bebé vá ingerir;
- Registrar a data e hora.

➤ **Para conservar o leite materno:**

	Temperatura ambiente	Frigorífico (4°C)	Congelador doméstico (porta separada)	Arca congeladora (-20° C)
Leite extraído recentemente	6 a 8 horas	48 h	3-6 Meses	6 Meses

➤ **Como descongelar o leite materno:**

- Utilizar primeiro o leite mais antigo;
- Descongelar lentamente, colocando o frasco ou saco inteiro no frigorífico durante várias horas;
- Se for necessário descongelar mais depressa pode fazê-lo debaixo de água tépida a correr;
- Depois de descongelado, agitar o leite, para que os seus componentes se misturem adequadamente.

➤ **Como aquecer o leite materno:**

- Agitar o recipiente com leite em água quente, mas não a ferver (por exemplo, debaixo da torneira, com água corrente);
- Não aquecer no micro-ondas ou ferver o LM.

Notas: O frasco ou biberão onde vai armazenar o leite, devem ser lavados com água quente e detergente e fervidos durante 10 a 15 min ou colocados num esterilizador. Os frascos ou sacos utilizados para armazenar o LM devem respeitar as seguintes indicações: Devem ser de polipropileno, isento de Bisfenol A – reconhecido como o plástico mais seguro para conservar leite

BEBÉ QUE SE RECUSA A MAMAR

OBJECTIVO: Ajudar a mãe e o bebé a amamentar outra vez.

CONCEITO: Bebé que recusa a mama, aparenta não querer a mama.

Possíveis causas da recusa:

- Bebé doente, com dor ou sedado;
- Dificuldades na técnica da amamentação;
- Mudanças.

DESCRIÇÃO:

- **Avaliar o estado de saúde do bebé:**
 - Avaliar a capacidade do bebé para mamar: FR, obstrução nasal, gemido, choro...
 - Despistar situações que provoquem dor como: dentição, aftas ou infecções (ex. cândida);
 - Encaminhar quando necessário.
- **Observar a mamada:**
 - Despistar pegas incorrectas e ineficazes;
 - Aconselhar a mãe a amamentar em local sossegado e tranquilo para evitar a distração do bebé.
 - Aconselhar a mãe a ter o bebé o máximo tempo possível perto de si; contacto pele com pele;
- **Despistar mudanças que aborreçam o bebé: alteração brusca das rotinas do bebé:**
 - Questionar sobre a alimentação da mãe, produtos de higiene, perfumes...
- **Se bebé incapaz de mamar, extrair leite com bomba e administrar por sonda, colher ou copinho:**
 - Evitar dar leite por biberão.

POUCO LEITE

OBJECTIVO: Ajudar a mãe de um bebé que não está a receber leite suficiente.

CONCEITO: Algumas vezes o bebé não recebe LM suficiente

DESCRIÇÃO:

- **Colher a história da amamentação** (ver “como colher uma história):
 - Despistar a toma de fármacos que possam influenciar a produção de leite.

- **Avaliar estado psicológico da mãe:**
 - Questionar como se sente a mãe.

- **Avaliar uma mamada** (ver “como avaliar uma mamada”)
 - Observar a pega, posição do bebé na mama, vínculo e rejeição duração das mamadas;

- **Examinar as mamas:**
 - Despistar problemas mamários.

- **Examinar o bebé**
 - Estado geral, situações de doença, anomalias;
 - Verificar o ganho de peso do bebé;
 - Analisar o gráfico de crescimento no Boletim de Saúde Infantil. Se não existir registo, não é possível obter uma resposta satisfatória. Marcar visita para daqui a 2 dias.

- **Verificar o volume urinário do bebé:**
 - Questionar a mãe sobre com que frequência urina o bebé e quais as características da urina.

➤ **Avaliar sinais de que o bebé pode não estar a receber leite suficiente:**

SINAIS DE QUE O BEBÉ PODE NÃO ESTAR A RECEBER LEITE SUFICIENTE:	
CONFIÁVEIS	
PESO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menos de 500gr / mês; 125gr / semana ➤ Peso inferior ao peso de nascença após 2 semanas de vida
DÉBITO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menos de 6x/dia
URINÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concentrada (amarela) ➤ Cheiro Forte
POSSÍVEIS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bebé não satisfeito após as mamadas; ➤ Bebé que chora muito; ➤ Mama muitas vezes; ➤ Mamadas muito longas; ➤ Bebé que se recusa a mamar; ➤ Bebé com fezes duras, secas ou verdes; ➤ O leite não sai quando a mãe tenta extrair; ➤ Mamas não aumentaram durante a gravidez. 	

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Avaliar factores que possam influenciar o facto do bebé não estar a receber LM suficiente, ou seja, procurar uma causa:**

RAZÕES PELAS QUAIS UM BEBÉ PODE NÃO RECEBER LM SUFICIENTE:			
COMUNS		POUCO COMUNS	
<i>FACTORES RELACIONADOS COM A AMAMENTAÇÃO</i>	<i>FACTORES PSICOLÓGICOS</i>	<i>CONDIÇÕES FÍSICAS</i>	<i>CONDIÇÕES DO BEBÉ</i>
Início tardio	Falta de confiança	Dor (mamilos gretados ou complicações do parto)	Doença
Mamadas pouco frequentes e/ou curtas	Preocupações, stress, depressão pós parto	Desnutrição severa	Bebé sedado
Ausência de mamadas nocturnas	Falta de motivação ou prazer em amamentar	Fármacos (anticoncepcionais com estrogéneos ou diuréticos)	Anomalias (lábio leporino ou freio curto da língua)
Pega ineficaz		Álcool e tabaco	Rejeição do bebé
Uso de biberão ou chupeta		Deficiente desenvolvimento mamário (muito raro) ou cirurgia	
Alimentação complementar		redução mamária	

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Desenvolver confiança na mãe:**

- Mostrar empatia e aceitar aquilo que a mãe diz e os seus sentimentos;
- Corrigir as ideias erradas mas não de uma forma crítica;
- Elogiar o facto de ainda estar a amamentar;
- Explicar como funciona o aleitamento materno;
- Explicar como aumentar a produção de leite, caso seja esse o problema (aconselhar a amamentar mais vezes ou estimular com bomba);
- Se usar biberão, sugerir parar (sugerir uso do copo por exemplo);
- Explicar que há bebés que mamam de hora/hora, se for este o caso (picos de crescimento);
- Fazer o seguimento da criança: avaliação diária se possível, e posteriormente semanal até que o bebé aumente de peso e a mãe se sinta confiante. Pode demorar 3 a 7 dias para aumentar de peso.

Nota: Um bebé que não esvazia uma mama completamente e passa para a outra mama, acaba por ingerir apenas leite inicial, isento de gordura, que lhe provoca saciedade e fornece energia.

CHORO

OBJECTIVO: Ajudar uma família com um bebê que chora muito.

CONCEITO: Um bebê que chora muito pode perturbar o relacionamento entre ele e a sua mãe e causar tensão entre outros membros da família. Muitas mães iniciam suplementos desnecessariamente, porque pensam que os seus bebês “choram demais”, pensam que estão com fome, e que não têm leite suficiente.

DESCRIÇÃO:

- **Tentar encontrar uma causa para o bebê chorar muito** (ver tabela):
 - ✓ Colher a história da amamentação, nomeadamente em termos de alimentação da mãe, estilos de vida, pressões familiares (ver “como colher uma história”);
 - ✓ Avaliar uma mamada nomeadamente em termos de posição do bebê e duração da mamada (ver “observação da mamada”);
 - ✓ Examinar o bebê (estado geral, doença, dor, crescimento) e encaminhar se necessário;

- **Se fome devido a surtos de crescimento:**
 - Explicar à mãe que o bebe parece ter muita fome durante alguns dias, possivelmente porque está a crescer mais rápido do que antes e exige ser alimentado mais vezes;
 - Explicar que isto é comum na 2ª/3ª semana de vida; 6ª semana e aos 3 meses;
 - Aconselhar a dar de mamar sempre que o bebê quer: a produção de leite aumenta e ele volta a mamar menos outra vez.

- **Se má adaptação à mama:**
 - Corrigir a pega e ensinar à mãe sinais de pega eficaz;
 - Explicar à mãe que é muito importante que o bebê esvazie completamente a mama;
 - Explicar que o leite inicial tem essencialmente água, açúcar (lactose) e proteínas e que o leite no final da mamada possui gordura, que é aquilo que dá energia e saciedade ao bebê.

- **Se relacionado com a alimentação da mãe:**
 - Explicar à mãe que existem substâncias, quando ingeridas, passam para o leite materno e podem causar desconforto ao bebê (ex. soja, amendoim, ovos, feijão, grão, etc.);
 - Aconselhar a mãe a evitar um alimento que ela notou que fez o bebê passar mal;
 - Não dizer para parar com esse alimento mas sugerir para não o comer durante uma semana e avaliar o comportamento do bebê;

- Informar que isto pode acontecer com qualquer alimento e não há nenhum que deva especialmente evitar, a menos que haja história na família de antecedentes alérgicos (morangos, citrinos, peixe...).

➤ **Se Drogas que a mãe usa:**

- Sugerir a redução da ingestão de cafeína, chá ou Coca-Cola pois pode ser a razão para o bebê ficar mais agitado;
- Se fuma, aconselhar a reduzir o fumo e que fume após as mamadas (evitar antes e durante a amamentação);
- Evitar ambientes com fumo ou estar juntos de pessoas que fumem com o bebê.

➤ **Se cólicas:**

- Explicar à mãe que o choro típico das cólicas é muito diferente dos outros padrões de choro;
- Informar que é uma situação normal e que há bebês que têm um intestino muito activo ou com gases, mas a causa não é clara e que é menos frequente depois dos 3/4 meses;
- Informar a mãe que o “choro da cólica” é mais frequente ao final da tarde e noite, o bebê fica difícil de confortar, muito vermelho e pode encolher as pernas;
- Ensinar a mãe a fazer massagem abdominal para o alívio das cólicas; explicar como confortar o bebê, segurando-o próximo de si, com movimentos delicados e fazer uma suave pressão sobre o seu abdómen.
- Mostrar à mãe como colocar o bebê a arrotar;

Desenvolver confiança e dar apoio:

- ✓ Aceitar o que a mãe pensa sobre a causa do problema;
- ✓ Elogiá-la naquilo que está a fazer certo.

RAZÕES PORQUE OS BEBÉS CHORAM
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desconforto (sujos, calor, frio) ➤ Cansaço (ex. muitas visitas, excesso de estimulação) ➤ Doença ou dor ➤ Fome (não recebe leite suficiente; picos de crescimento) ➤ Alimentação materna ➤ Drogas que a mãe tome (cafeína, chá, tabaco, fármacos) ➤ Cólicas

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS

OBJECTIVO: Tornar os mamilos mais proeminentes, capacitando a mãe para amamentar.

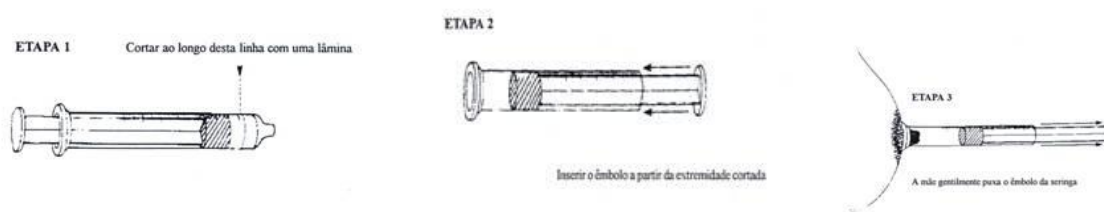
CONCEITO: Mamilo invertido - ausência total do mamilo.

Mamilo plano - situa-se no mesmo nível da auréola, pouco elástico.

DESCRIÇÃO:

➤ **Logo após o parto:**

- Desenvolver confiança na mãe;
- Explicar que o bebé mama na mama e não no mamilo, dado que o mamilo é só 1/3 da porção da mama que o bebé deve introduzir na boca para sugar correctamente;
- Promover o contacto pele a pele e deixar o bebé explorar as mamas;
- Ajudar a mãe a colocar o bebé à mama;
- Tentar diferentes posições;
- Ajudar a exteriorizar o mamilo antes das mamadas com bomba extractora ou seringa. Realizar este exercício, varias vezes ao dia, cerca de 30 a 60 segundos e sempre antes de amamentar.



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

Nota: O mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo após o parto, pelo que não é necessário fazer qualquer manobra ou usar qualquer método durante a gravidez. A utilização de estimulação à formação dos mamilos e de formadores de mamilos durante a gravidez, é desaconselhada, dado que a estimulação pode desencadear contracções uterinas e, não há evidência científica que os formadores de mamilo ajudem a melhorar o formato do mamilo, podendo ainda lesá-lo.

MAMILOS FISSURADOS

OBJECTIVO: Prevenir o aparecimento de gretas ou fissuras nos mamilos e, em caso de já existirem, promover a rápida cicatrização do mamilo

CONCEITO: Quando o bebé não pega correctamente na mama e suga apenas no mamilo, torna-os sensíveis e pode mesmo conduzir a gretas e fissuras, transformando a amamentação num processo dolorosa para a mãe.

DESCRIÇÃO:

➤ Prevenir as fissuras:

- Colocar o bebé na mama na posição correcta e verificar os sinais de pega eficaz;
- Não interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;
- Se a mãe tiver que interromper a mamada deve colocar um dedo suavemente na boca do bebé de modo a interromper a sucção;
- Lavar os mamilos apenas durante o banho diário, evitando o uso de sabão nessa zona;
- Não esfregar os mamilos com a toalha após o banho;
- Colocar umas gotas de leite à volta do mamilo após o banho e no terminus de cada mamada.

➤ Para tratar os mamilos dolorosos ou com fissuras:

- Corrigir a pega e orientar a mãe continuar a amamentar (a maior parte das vezes a dor desaparece logo após essa correcção);
- Sugerir iniciar a mamada pelo mamilo não doloroso;
- Se a dor é tão intensa que mesmo melhorando a pega, ela não desaparece, a mãe pode retirar o leite e dar ao bebé por copo ou colher até que o mamilo melhore ou cicatrize;
- Aconselhar a aplicar sempre leite materno nos mamilos após o banho e após as mamadas (facilita a cicatrização);
- Aconselhar a não utilizar os discos de protecção, dar preferência a um protector de mamilos;
- Sugerir expor os mamilos ao ar e breves minutos ao sol, no intervalo das mamadas;
- Se a mãe utilizar mamilos artificiais (de silicone), deve tentar o mais precocemente possível deixar de os usar, pois o bebé habitua-se e pode não conseguir pegar directamente na mama.

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

OBJECTIVO: Prevenir a ocorrência de mastite.

CONCEITO: Quando o leite não é removido as mamas ficam dolorosas, edemaciadas, tensas, brilhantes ou avermelhadas, o mamilo fica apagado e o leite não pinga. Pode ainda haver febre durante 24h.

Causas:

- Abundância de Leite;
- Mamadas pouco frequentes;
- Início tardio da amamentação;
- Pega Inadequada.

DESCRIÇÃO:

- **Para tratar o ingurgitamento é essencial retirar o leite. Se o leite não é removido, forma-se um abscesso (mastite) e a produção de leite diminui.**
 - Aconselhar a mãe a não “descansar”, ou seja, não parar de amamentar na mama ingurgitada;
 - Assegurar uma boa pega;
 - Encorajar a amamentação em horário livre;
 - Pode ser necessário extrair um pouco de leite manualmente ou com bomba para fazer com que a mama fique mole o suficiente para o bebê mamar;
 - Estimular o reflexo de ocitocina antes da mamada:
 - Colocar compressas mornas na mama ou tomar um banho de chuveiro;
 - Ajudar a mãe a relaxar;
 - Massajar o pescoço e as costas;
 - Massajar a mamas com suavidade;
 - Estimular o mamilo.
 - Depois da mamada para reduzir o edema, colocar compressas frias na mama.

DUCTOS BLOQUEADOS E MASTITE

OBJECTIVO: Prevenir mastites.

CONCEITO: Os ductos ficam bloqueados quando, já depois de uma situação de ingurgitamento, o leite espesso não é removido de uma parte da mama, ficando aí retido. Manifesta-se por tumefacção / nódulo mole / macio, rubor localizado e apirexia. Quando este leite não removido, inflama o tecido mamário circundante origina uma mastite não infecciosa. Se a mama é infectada por bactérias dá origem a uma mastite infecciosa, evidenciando edema, rubor, dor forte, febre e mal-estar.

Causas:

- Má drenagem de uma parte da mama ou toda a mama, devido a:
 - ✓ Mamadas pouco frequentes;
 - ✓ Sucção ineficaz (pega ineficaz);
 - ✓ Pressão de roupas, como soutien ou posição de dormir;
 - ✓ Pressão dos dedos da mãe durante a mamada;
- Agressão do tecido mamário (trauma);
- Entrada de bactérias (fissuras).

DESCRIÇÃO:

➤ **Para tratar o ingurgitamento é essencial melhorar a drenagem das mamas:**

- Verificar a pega e se necessário corrigir;
- Despistar pressão de roupas ou dedos sobre zonas da mama;
- Despistar drenagem ineficaz em mamas grandes;
- Aconselhar mamadas frequentes e começar pela mama não afectada;
- Variar posições da amamentação;
- Se necessário extrair leite com bomba;
- Massajar à volta dos mamilos;
- Colocar compressas quentes e frias.

Nota: Se fissuras, sintomas mais graves e ausência de melhoras em 24h ----- tratar com Antibiótico, Analgésicos e Repouso Absoluto.

CONCLUSÃO:

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências resultantes da socialização de cada mulher (SARAFANA et al, 2006). No entanto, a capacidade de uma mãe otimizar o aleitamento ao seu bebê, depende do apoio que recebe, cabendo aos profissionais de saúde, à mãe e o bebê, um papel especial no aconselhamento do aleitamento materno no período pré e pós natal.

Apesar dos inúmeros esforços e dos investimentos dos últimos anos na promoção, manutenção e suporte ao aleitamento materno, os últimos estudos não demonstram melhorias significativas no aumento da prevalência do aleitamento materno, comprovando o quanto há ainda a fazer.

O conhecimento da importância do aconselhamento do aleitamento materno, por profissionais bem preparados, ao longo da gravidez e durante os primeiros meses de vida, de forma organizada, com linguagem comum e actualizada, para a resolução prática dos inúmeros problemas que podem surgir durante a amamentação.

Esperamos assim com este manual contribuir para uma melhor prestação de cuidados e uniformização das intervenções prestadas no espaço “Cantinho da Amamentação” e de forma geral, contribuir para o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses.

BIBLIOGRAFIA

OMS/UNICEF - Aconselhamento em Amamentação: Um curso de Treino. Guia do Treinador. Lisboa. OMS/UNICEF, 1993.

OMS/UNICEF - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante. OMS/UNICEF, 1997. 186p.

FORMULÁRIO HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO

Nome da Mãe:

Nome do Bebê:

Nascimento: __/__/__

Data

Data da Entrevista: __/__/__

ALIMENTAÇÃO ACTUAL DO BEBÉ

- ✓ Características das mamadas (dia/noite)
- ✓ Frequência
- ✓ Intervalo Máximo
- ✓ Tempo que a mãe está longe do bebê
- ✓ Lateralidade (uma mama ou duas mamas)
- ✓ Suplementos e água (o que dá)
- ✓ Quando começou
- ✓ Quanto
- ✓ Como (biberão, copo)
- ✓ Chupeta (sim/não)

SAÚDE E COMPORTAMENTO DO BEBÉ

- ✓ Peso ao nascer / Peso Actual
- ✓ Crescimento
- ✓ Prematuridade / Gemelaridade
- ✓ Volume Urinário (pelo menos 6x dia)
- ✓ Fezes (moles/duras, amarelas, esverdeadas) / Frequência
- ✓ Comportamento Alimentar (apetite, vômitos)
- ✓ Sono e suas características
- ✓ Doença/Anomalias

GRAVIDEZ, NASCIMENTO, PRIMEIROS ALIMENTOS

- ✓ Gestação planeada/ desejada
- ✓ Preparação para o parto
- ✓ Amamentação foi discutida?
- ✓ Alojamento Conjunto / Contacto inicial (1º meia hora)
- ✓ Alimentação prévia à amamentação
- ✓ O que foi dado
- ✓ Amostras de leite dadas à mãe (como foi dados)
- ✓ Ajuda na amamentação nos pós parto

SITUAÇÃO MATERNA E PLANEAMENTO FAMILIAR

- ✓ Idade da mãe
- ✓ Saúde
- ✓ Alcool, tabaco, café, outras drogas
- ✓ Método de planeamento familiar
- ✓ Problemas da mama
- ✓ Motivação para amamentar

EXPERIENCIA ANTERIOR COM AMAMENTAÇÃO

- ✓ Numero de filhos
- ✓ Quantos amamentou
- ✓ Utilizou biberão / Razões
- ✓ Experiência boa ou má

SITUAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL

- ✓ Trabalho/profissão/instrução
- ✓ Situação económica
- ✓ Atitude do pai e família face à amamentação
- ✓ Ajuda para cuidar da criança
- ✓ O que os outros dizem acerca da amamentação

FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da Mãe: _____

Nome do Bebê: _____

Amamentação vai bem

POSTURA CORPORAL

Mãe relaxada e confortável

Bebé próximo, de frente para a mãe

Cabeça e corpo do bebé em linha recta

Queixo do bebé toca na mama

Nádegas do bebé apoiadas

Mãe segura mama em forma de C

Possíveis dificuldades

POSSIVEIS DIFICULDADES

Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebé

Corpo do bebé longe do da mãe

Pescoço do bebé torcido

Queixo do bebé não toca na mama

Só ombro ou cabeça apoiado

Mãe segura mama em forma de tesoura

RESPOSTAS

Bebé procura a mama quando sente fome

Bebé roda e procura a mama

Bebé explora a mama com a língua

Bebé calmo e alerta à mama

Bebé mantém a pega na auréola

Sinais de saída de leite (extravasam/, dores uterinas e fisgadas)

Nenhuma resposta à mama

Não procura a mama

Bebé não interessado na mama

Bebé inquieto ou a chorar

Bebé não mantém a pega na auréola

Não há sinais de saída de leite

VÍNCULO EMOCIONAL

Mãe segura bebé no colo com firmeza e segurança

Mãe e bebé mantêm contacto visual

Muito toque materno

Mãe segura bebé nervosa ou com pouca força

Nenhum contacto visual mãe-filho

Pouco toque materno

ANATOMIA

Mamas macias após as mamadas

Mamilos exteriorizadas e protácteis

Pele da mama com aparência saudável

Mamas com aparência arredondada

Mamas ingurgitadas

Mamilos rasos ou invertidos

Pele da mama com fissuras ou vermelhidão

Mamas tensas ou flácidas

SUCÇÃO

Boca bem aberta

Lábio inferior virado para fora

Língua do bebé acoplada em redor do mamilo

Bochechas arredondadas

Mais auréola acima da boca do bebé

Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa

Pode-se ver e/ouvir-se a deglutição

Boca pouco aberta, apontada para a frente

Lábio inferior virado para dentro

Língua do bebé não visível

Bochechas tensas ou encovadas

Mais auréola abaixo da boca do bebé

Apenas sucções rápidas

Ouve-se ruídos altos

TEMPO GASTO NA SUCÇÃO

Bebé solta a mama

Mãe retira bebé da mama

Bebé mamou durante _____ minutos

Como conservar o Leite Humano?

	Temperatura ambiente	Frigorífico (4°C)	Congelador doméstico (porta separada)	Arca congeladora (-20° C)
Leite extraído recentemente	6 a 8 horas	48 -	3-6 meses	6 meses

Como aquecer?

- Agite o recipiente com leite em água quente, mas não a ferver (por exemplo, debaixo da torneira, com água corrente);
- Não aqueça no micro-ondas ou ferva o LM.

Como descongelar?

- Utilize primeiro o leite mais antigo;
- Descongele lentamente, colocando o frasco ou saco inteiro no frigorífico;
- Depois de descongelado, deve agitar o leite, para que os seus componentes se misturem adequadamente;

Saúde Infantil

Extracção e Conservação de Leite Materno



Algumas vezes pode ter necessidade de extrair o seu leite.

Tal como os outros alimentos, o leite materno também pode ser conservado no frigorífico ou congelado.



Se tiver alguma dúvida a equipa de enfermagem está disponível para ajudá-la até as 18h através do 263286136/100



Elaborado por: Mara Lourenço - Aluna do 3º Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do ICS da UCP e Conselheira em Aleitamento Materno
Orientação: EESIP Cândida Pereira

Bibliografia: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF) - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante. OMS/UNICEF, 1997, 186p.

Porquê extrair leite?

A extracção de leite é útil ou necessária em múltiplas situações:

- Iniciar e manter a lactação quando o bebé não consegue mamar (ex. prematuridade, hospitalização, doença);
- Manter a lactação quando a mãe está doente ou tomou medicamentos que impedem a amamentação;
- Quando a mãe tem de se ausentar ou regressar ao trabalho;
- Para prevenir ou aliviar o ingurgitamento;
- Para ajudar o bebé a pegar quando um seio está cheio.

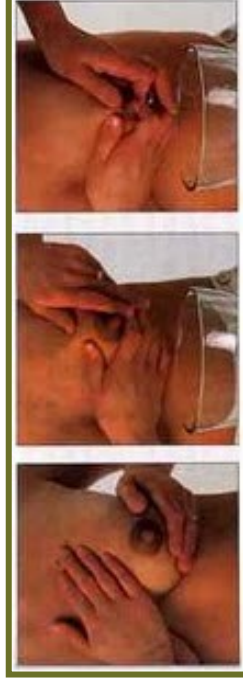
Imite o horário habitual de alimentação de um bebé!

Recolha de 2/2h ou de 3/3h durante o dia e sempre que necessário. Também durante a noite, a recolha pode ajudar a aumentar a produção de leite. A prolactina, hormona responsável pela produção de leite atinge o seu pico durante a noite.

Como extrair o leite?

Pode fazê-lo com a sua mão ou com a ajuda de uma bomba manual ou eléctrica. Qualquer que seja o método utilizado, deve seguir os seguintes passos:

- Em casa ou no trabalho, procure um local sossegado onde esteja confortável e descontraída;
- Lave bem as mãos;
- Humedeça o mamilo com algumas gotas de leite para o proteger e melhor adaptar à bomba;
- Faça uma suave massagem no peito, de forma circular, com a ponta dos dedos, para ajudar o leite a fluir;
- Estimule suavemente os mamilos rodando-os entre os dedos;
- Se possível, tenha o seu bebé perto de si, ou olhe para uma fotografia dele (ajuda o leite a fluir).



A opção de compra de uma bomba vai depender da utilização que prevê vir a dar-lhe. Para quem, com que frequência e por quanto tempo são questões a ponderar na opção de bombas manuais, eléctricas, duplas ou simples, ou até nenhuma.



Pode colocar o seu leite num biberão esterilizado, se vai usá-lo nas próximas 24h ou num frasco ou saco de plástico esterilizados, se **não** vai usá-lo nas próximas 24h. Coloque pouca quantidade de leite em cada recipiente registre sempre a data.



As peças da bomba (caso use uma) e o frasco ou biberão onde vai armazenar o leite, devem ser lavados com água quente e detergente e fervidos durante 10 a 15 min ou colocados num esterilizador.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAL D. ESTEFÂNIA – URGÊNCIA PEDIÁTRICA



Hospital de Dona Estefânia

MÓDULO II – URGÊNCIA PEDIÁTRICA

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

27 DE SETEMBRO A 22 DE OUTUBRO DE 2010

O Hospital de Dona Estefânia (HDE) foi inaugurado a 17 de Julho de 1877, estando o seu nome ligado à Rainha Dona Estefânia. Era seu desejo mandar construir um hospital pediátrico para albergar as crianças pobres, orfãs e carenciadas que se encontrassem doentes. A sua morte prematura em 1859, não permitiu ver realizado o seu sonho.

D. Pedro V, respeitando a vontade de sua esposa, ordenou a construção desse hospital. Devido a uma doença grave a que não resistiu, não viu as obras terminadas. Foi então no reinado de D. Luís e D. Maria Pia que as obras avançaram, e o hospital ficou concluído.

Apesar de ter sido idealizado como hospital pediátrico, devido à falta de instalações de saúde na época, o HDE começou apenas com uma enfermaria para crianças. Só anos mais tarde se tornou verdadeiramente hospital pediátrico.

O HDE é um hospital central, especializado no atendimento materno-infantil, integrado desde Março de 2007 no Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, sendo a unidade de saúde de referência em pediatria, para a zona sul do país e ilhas. Recebe também crianças dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ao abrigo de um protocolo entre o Estado português e estes países.

De acordo com o Boletim Informativo 191/05 de 06 de Setembro de 2005 (Conselho de Administração, 2005), o HDE tem como missão: Prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à Criança e à Mulher; Assegurar a formação pré-graduada e pós-graduada de acordo com padrões da mais elevada qualidade e promover a investigação; Desenvolver formas de ligação do Hospital com a Comunidade facilitando a acessibilidade aos seus recursos e o desenvolvimento de complementaridades e parcerias no interesse dos doentes; Intervir na Sociedade na promoção e defesa dos direitos da Criança e da Mulher e participar em redes e projectos internacionais na área da Criança e da Mulher, nomeadamente nos domínios científicos (cfr Anexo V).

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

Fica situada no piso 0 (rés-do-chão) do edifício central do Hospital, pertencendo orgânica e funcionalmente ao Departamento de Urgência / Emergência. Está dividida em Urgência Médica e Urgência Cirúrgica (espaços distintos), sendo a equipa de enfermagem comum. Recebe todas as crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade menos um dia, funcionando como a *“porta de entrada”* da criança / família no Hospital.

A admissão da criança pode ser feita pelos pais / família, por referência da Saúde 24, transferência de outras Instituições (Hospitais ou Centros de Saúde), pelos bombeiros ou pelo Instituto Nacional de Emergência Médica.

A Urgência de Medicina é constituída por uma sala de espera / admissão, uma sala de espera para lactentes até aos seis meses, sala de triagem, reanimação, sala de tratamentos, sala de aerossóis, quatro gabinetes médicos, sala de enfermagem, UICD (com cinco vagas), sala de pausa, sala de sujos e casas de banho.

A Urgência de Cirurgia é constituída por uma sala de espera, três gabinetes médicos (um de cirurgia, um de ortopedia / traumatologia e um de otorrinolaringologia [ORL]), uma sala de tratamentos e uma sala para internamento de curta duração com duas vagas (descontinuada neste momento).

Para acompanhar a criança / pais e prestar todos os cuidados necessários, a equipa multiprofissional da UP é composta por médicos de várias especialidades (pneumologia, endocrinologia, gastroenterologia, infecciologia, nefrologia, neurologia, imunoalergologia, pedopsiquiatria, cirurgia, ortopedia, ORL), enfermeiros (a maioria generalistas e 5 com a EESIP) e assistentes operacionais. Esta equipa é complementada por outros profissionais do HDE que, embora não estando na UP, dão apoio sempre que necessário. São eles: obstetra/ginecologista, estomatologista, oftalmologista, psicólogo, assistente social e mediador cultural.

Os cuidados de enfermagem são prestados de forma individualizada, utilizando-se o modelo teórico de Nancy Roper (aplicado essencialmente nas crianças internadas na UICD). O método de trabalho é por enfermeiro responsável.

Triagem

É efectuada pelo enfermeiro, após a inscrição / admissão, onde é estabelecido a prioridade no atendimento médico a todos os utentes que recorrem à UP. Neste sentido, a equipa de enfermagem do SUP do HDE estabeleceu como objectivos da triagem: assegurar tratamento imediato para as situações de emergência; classificar as crianças segundo a gravidade da situação para o estabelecimento de prioridades de atendimento médico; determinar o encaminhamento para a área de atendimento adequada à criança.

Após uma avaliação da situação da criança, o enfermeiro da triagem classifica a prioridade de atendimento. Baseado nestes pressupostos, a UP do HDE determinou quatro prioridades de atendimento, caracterizadas por um número / cor, para uma rápida visualização e interpretação. A sequência numérica é inversamente proporcional à prioridade estabelecida: ④ Emergente/ vermelho; ③ Muito Urgente/ laranja; ② Urgente/ amarelo e ① Não Urgente/ verde. Existe a cor branca para os casos não considerados de critérios de prioridade, como por exemplo para reavaliação.

Cada uma destas prioridades caracteriza-se por: *Emergente*: todo o atendimento cuja espera poderia custar a vida da criança ou colocar em risco a sua integridade física / mental. Não tem por isso tempo de espera; *Muito Urgente*: todo o atendimento cuja espera superior a 10 minutos poderia custar a vida da criança ou colocar em risco a sua integridade física / mental. Tempo máximo de espera de 10 minutos; *Urgente*: todo o atendimento cuja espera está entre 10 e 60 minutos, não causando risco de vida ou à integridade física para a criança e *Não Urgente*: todo o atendimento cuja espera de até 120 minutos não causam risco de vida ou à integridade física para a criança.

Sala de Tratamentos

Sempre que após observação médica é necessário fazer algum procedimento, é nesta sala que é efectuado. Após o procedimento a criança é reavaliada pelo médico.

UICD

A criança é aqui internada sempre que se preveja resolver/estabilizar a situação clínica num período até 24 horas. Após este período, ou tem alta, ou é transferida para uma enfermaria. As situações mais frequentes são: dificuldade respiratória moderada / grave, desequilíbrio hidro-electrolítico, vigilância de parâmetros vitais ou estado neurológico, entre outras. A UICD tem características semelhantes a uma Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria.

Cirurgia/ Ortopedia/ ORL

A cirurgia realiza não só a simples observação por esta especialidade, por exemplo, para confirmação de algum diagnóstico (oclusão intestinal, apendicite aguda, hérnia encarcerada), mas também procedimentos que visem o tratamento de feridas em que seja necessário suturar ou efectuar o tratamento de queimaduras.

Em determinados tipos de fracturas, é igualmente neste espaço que o ortopedista coloca o gesso.

A observação por ORL e qualquer procedimento “simples” relacionado com esta especialidade é também aqui efectuado.

Após observação por estas especialidades (cirurgia, ortopedia, ORL), a criança poderá ter alta ou necessitar de internamento hospitalar para efectuar / continuar tratamento.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

**PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO
EM CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**



ELABORAÇÃO: MARA LOURENÇO

ALUNA DO 3º MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA UCP E

CONSELHEIRA EM ALEITAMENTO MATERNO

ORIENTAÇÃO: EESIP FATIMA SILVA

INTRODUÇÃO

A amamentação dá à criança o melhor começo de vida. Estima-se que mais de um milhão de crianças morrem por ano com diarreia, infecções respiratórias e outras infecções por não serem amamentadas adequadamente. Muitas sofrem de doenças que não teriam contraído se tivessem sido amamentadas.

A amamentação é uma prática milenar com reconhecidas vantagens nutricionais, imunológicas, cognitivas, económicas e sociais. Estas vantagens são potenciadas quando a amamentação é praticada em exclusividade até aos seis meses de vida e complementarmente até aos dois anos.

Segundo dados da OMS e UNICEF a maioria das mães, na maioria dos países, iniciam a alimentação com leite de fórmula por biberão e outros alimentos antes dos 4 meses, e muitas param a amamentação muito antes dos 2 anos. Uma das razões para este desmame precoce prende-se com a hospitalização e deve-se ao factos das:

❖ ***rotinas dos serviços de saúde e as orientações que as mães recebem dos profissionais não serem de apoio à amamentação.***

Os enfermeiros, enquanto profissionais próximos dos utentes, têm um importante papel na promoção e no apoio ao aleitamento materno. Devem ajudar e aconselhar a mulher, a família e a comunidade, desfazer mitos, prevenir e tratar as complicações, e contribuir para a formação da auto-confiança, de forma a obter sucesso na amamentação, cumprindo as directivas da Direcção Geral de Saúde (PNS 2004-2010), que estabeleceu como estratégia o incentivo do aleitamento materno, junto da família, infantário, amas, local de trabalho, instituições de acolhimento e unidades de saúde.

Para tal, torna-se necessário que os enfermeiros possuam conhecimentos sobre amamentação, mas mais do que isso, que participem na implementação de políticas nacionais e de recomendações a todos os níveis dos serviços de saúde, para que a amamentação seja entendida como uma norma. Um apoio eficaz requer assim, empenho no estabelecimento de boas práticas em todas as maternidades, instituições hospitalares pediátricas e centros de saúde.

Através da minha experiência profissional em contexto de urgência pediátrica, deparo-me muitas vezes com a vinda de famílias ao serviço por situações relacionadas com a amamentação, sem constituírem de facto, uma urgência. No entanto, é nestas unidades que muitas famílias encontram uma resposta ou solução para os seus problemas.

Num estudo recente, sobre os processos vivenciados pelas mulheres primíparas durante os primeiros meses pós-parto, constatou-se que a primeira esfera de dificuldades por parte da mãe, focalizou-se, sobretudo, na amamentação. Questões como o posicionamento para amamentar, a estrutura anatómica dos mamilos, a “subida do leite”, foram frequentes. Relativamente aos problemas

relacionados com o bebé, focalizaram-se na descodificação da causa do seu choro sendo os motivos subjacentes ao choro, a fome e as cólicas. Quando questionadas acerca das estratégias utilizadas para resolver a situação, muitas reconheceram não ter qualquer tipo de apoio e terem recorrido ao serviço de urgência mais próximo e ao serviço de *Saúde 24 horas*. (GONÇALVES, 2008).

Constatamos assim, que o serviço de urgência é muitas vezes o “porto de abrigo” destas famílias, sem qualquer tipo de suporte familiar e com dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários. Além do mais, para as crianças que estão efectivamente doentes e que carecem de cuidados, muitas são as situações que fazem com que não possam ser temporariamente amamentadas, sendo por isso importante, que o bebé e sua família, estejam inseridos num ambiente favorável a esta prática e que tenham à sua disposição recursos humanos e técnicos que os ajudem a contornar os condicionantes da hospitalização na amamentação.

De salientar ainda, que estarmos perante um contexto de cuidados caracterizado por um elevado número de tarefas e de grande tecnicidade, com grande afluência de doentes, alguns deles a necessitar de cuidados imediatos, com recursos humanos muitas vezes insuficientes e em que os profissionais estão essencialmente direccionados para intervenções de cariz emergente e urgente, ficando muitas vezes esquecidas acções consideradas como “secundárias”, como por exemplo, o estímulo e promoção da amamentação. Estas intervenções, são no entanto, igualmente importantes e concorrem todas para um desenvolvimento saudável e harmonioso e para uma visão holística da criança/família.

O presente documento surge assim no âmbito da implementação de medidas efectivas para promover e apoiar o aleitamento materno em contexto de Urgência Pediátrica, tendo como objectivo geral constituir-se como um instrumento de consulta rápida e acessível aos profissionais da urgência, estudantes de enfermagem ou elementos em integração profissional na área do aleitamento materno. Os seus objectivos específicos são:

- ❖ Contribuir para a actualização do conhecimento dos profissionais da Urgência Pediátrica, no que respeita a amamentação;
- ❖ Sistematizar informação sobre o aleitamento materno;
- ❖ Uniformizar procedimentos relativamente a bebés amamentados que recorram ao serviço de urgência.

O presente manual apresenta assim um conjunto de situações e respectivas intervenções que podem surgir em contexto de urgência, de forma a intervir perante os condicionalismos da hospitalização na amamentação.

ÍNDICE DE NORMAS

- ✓ COMO COLHER UMA HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO
- ✓ COMO OBSERVAR UMA MAMADA
- ✓ EXAME DA MAMA
- ✓ HORÁRIO DE AMAMENTAÇÃO
- ✓ EXTRACÇÃO MANUAL DE LEITE MATERNO
- ✓ FREQUENCIA DA EXTRACÇÃO DE LEITE
- ✓ COMO ESTIMULAR O REFLEXO DA OCITOCINA
- ✓ ADMINISTRAÇÃO DE LEITE POR COPO
- ✓ COMO ARMAZENAR E CONSERVAR O LEITE MATERNO
- ✓ BEBÉ QUE RECUSA MAMAR
- ✓ POUCO LEITE
- ✓ CHORO
- ✓ MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS
- ✓ MAMILOS FISSURADOS
- ✓ MAMAS INGURGITADAS
- ✓ DUCTOS BLOQUEADOS E MASTITE

COMO COLHER UMA HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO

OBJECTIVO: Compreender a situação da mãe.

CONCEITO: Colher uma história significa fazer perguntas relevantes e de forma sistemática. Para compreendemos cada a situação específica de cada mãe não podemos apenas observar, é necessário fazer algumas perguntas.

DESCRIÇÃO:

- **Usar o nome da mãe e do bebé (se apropriado):**
 - Cumprimentar a mãe de uma forma delicada e amigável;
 - Apresentar-se e perguntar pelo nome dela e do bebé;
 - Estes nomes devem ser usados quando nos dirigimos a eles.

- **Pedir para ela lhe falar sobre ela e sobre o bebé da forma que entender:**
 - Deixar a mãe falar primeiro, sobre o que achar importante;
 - Só depois interrogar sobre outras coisas que achar necessário;
 - Encorajá-la a falar.

- **Observar o Boletim de saúde Infantil e Juvenil:**
 - O Boletim mostra alguns factos importantes e economiza nas perguntas.

- **Fazer as perguntas mais importantes:**
 - Fazer perguntas de preferência abertas, mas também fechadas, sem ser demasiado intrusivo.

- **Ter cuidado para não parecer crítico:**
 - Aceitar o que a mãe está a dizer e elogiar o que está a fazer bem;
 - Evitar juízos de valor e os porquês.

Nota: Ver anexo I – Formulário Como colher uma história de amamentação: serve de guia para os factos mais importantes.

OBSERVAÇÃO DA MAMADA

OBJECTIVO: Diagnosticar problemas na técnica da amamentação.

CONCEITO: Observar a mamada, permite-nos aprender muito sobre como está a correr a amamentação. Permite uma observação sistematizada da díade em amamentação e identificar áreas que requerem intervenção e/ou educação.

DESCRIÇÃO:

➤ **Os diferentes aspectos a observar quando um bebé está a ser amamentado, são:**

- Postura Corporal
- Respostas
- Vínculo Emocional
- Anatomia
- Sucção
- Tempo Gasto com a Sucção

➤ **Postura Corporal**

- Mãe relaxada e confortável;
- A cabeça e o corpo do bebé devem estar em linha recta;
- A face do bebé deve estar de frente para a mama, com o nariz de frente para o mamilo e queixo apoiado;
- A mãe deve segurar o corpo do bebé junto ao seu;
- Se o bebé é recém-nascido deve apoiar-se as suas nádegas e não apenas a sua cabeça e ombros.
- A postura do corpo é secundária;
- Existem diversas posições para amamentar;
- Não interferir se não houver problemas reais com a amamentação;
- O importante é que a mãe esteja confortável assim como o bebé.



Bebé na posição vertical



Posição do "C"



Posição do berço



Posição deitada

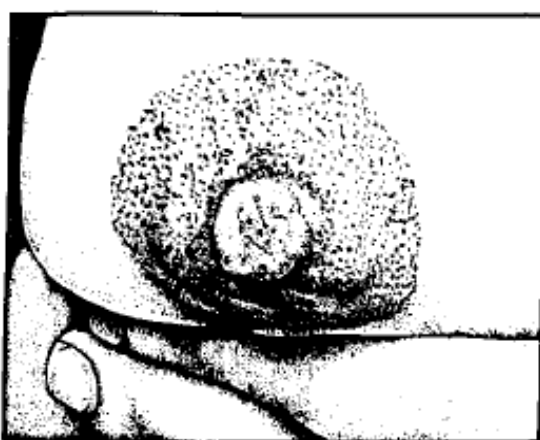


Posição com Bebé de cabeça para baixo

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Forma correcta de segurar a mama:**

- Colocação dos dedos na parede do tórax por baixo da mama;
- Dedo indicador forma um suporte na base da mama;
- Dedo polegar fica por cima;
- Evitar colocar-se os dedos próximos do mamilo.



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Respostas:**

- Observar:
 - ✓ Como se encontra o bebé (acordado, letárgico, irrequieto, calmo...), se procura a mama e a explora com a língua, se pega ao nível da auréola, se mantém a pega...
 - ✓ Presença de sinais de saída de leite e sensações que traduzem um reflexo de ocitocina activo (extravasamento, dores uterinas, fisgadas).

➤ **Vínculo Emocional:**

- Corrigir qualquer alteração ao nível dos afectos que interfira com o estímulo do reflexo da ocitocina:
 - ✓ Informar a mãe sobre factores que estimulam o reflexo tais como pensar carinhosamente no bebé; ouvir os sons do bebé, olhar para ele e ter confiança em si mesma;
 - ✓ Alertar para os factores inibidores tais como: preocupações, stress, dor e sentimentos de insegurança.

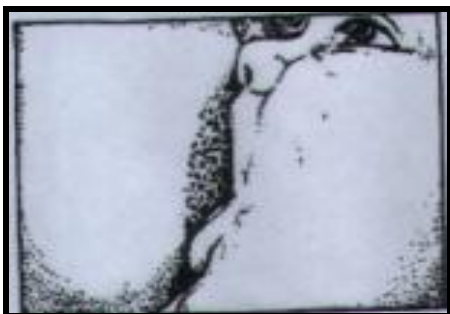
➤ **Anatomia**

- Observar:
 - ✓ Mamilos (exteriorizados e protácteis, planos ou invertidos);
 - ✓ Aparência da pele da mama (saudável, vermelha, fissuras);
 - ✓ Forma das mamas (arredondadas, ingurgitadas);
 - ✓ Mamas após as mamadas (macias, moles ou tensas).

➤ **Sucção**

- **Observar:**
 - ✓ Boca bem aberta;
 - ✓ Lábio inferior virado para fora;
 - ✓ Língua do bebé acoplada em redor do mamilo;
 - ✓ Bochechas arredondadas;
 - ✓ Mais auréola cima do que em baixo;
 - ✓ Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa.

Bebé com pega adequada na mama



Bebé com pega ineficaz na mama



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Tempo gasto na sucção**

- O tempo da mamada é variável e depende de determinados factores: idade do bebé, estado nutricional, estado de saúde;
- Verificar se o bebé recebeu leite inicial e final;
- Ter bom senso quanto ao tempo da mamada;
- O objectivo razoável é conseguir pelo menos oito a doze mamadas nas 24 horas.

Nota: Ver Anexo II – Formulário de Observação da Mamada

EXAME DA MAMA

OBJECTIVO: Despistar problemas mamários que possam interferir com a amamentação.

CONCEITO: Consiste em observar, e esse necessário palpar a mama de forma a despistar situações que possam dificultar a amamentação. Importa detectar precocemente alguns problemas que possam surgir nas mamas de forma a actuar atempadamente para minimizar a interferência com a amamentação. De rotina não é necessário examinar a mama, apenas se a mulher está preocupada.

DESCRIÇÃO:

- **Inspeccionar, sem tocar:**

- ✓ Tamanho e forma da mama (pode afectar a confiança);
 - ✓ Tamanho e forma do mamilo (pode afectar a pega);
 - ✓ Gotejamento de leite (é um sinal do reflexo de ocitocina activo);
 - ✓ Se está cheia, macia, ou ingurgitada;
 - ✓ Se existem fissuras no mamilo;
 - ✓ Se há presença de rubor (infecção e inflamação);
 - ✓ Cicatrizes.
-
- Questionar a mãe se notou alguma coisa de errado, se sim, que explique;
 - Se necessário palpar, pedir permissão;
 - Usar a palma da mão (dedos juntos e estendidos);
 - Não beliscar ou pressionar com força;
 - Observar o rosto da mãe para verificar se há sinais de dor ou hipersensibilidade;
 - Examine a presença de tensão mamária; endurecimento ou ingurgitamento, áreas quentes e caroços.

HORARIO DE AMAMENTAÇÃO

OBJECTIVO: Estabelecer o aleitamento materno.

CONCEITO: Em condições normais, o momento ideal para colocar o bebê ao peito é logo após o nascimento ou na primeira hora que se segue ao parto. Esta constitui a melhor forma de dar as “boas vindas à vida” e de se iniciar um conhecimento recíproco.

DESCRIÇÃO:

➤ **Horário** (tempo de amamentação):

- Os recém-nascidos, devem mamar quantas vezes quiserem (horário livre);
- A maioria dos recém-nascidos, necessita de 8 a 10 mamadas, em cada 24 horas para ganhar peso adequadamente;
- Se necessários, os pais devem acordar os bebês para mamar, se perceberem que não conseguem fazer no mínimo 8 mamadas nas 24 h. A frequência é determinada pela contagem a partir do início de uma mamada até ao início da próxima;
- A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebês mamam 90% do que necessitam em 4 minutos;
- Ensinar a mãe a perceber se o bebê está a obter leite da mama e não está a fazer da mama uma chupeta, pois isto pode macerar os mamilos, criar fissuras e levar a mãe a desistir da amamentação (ver norma Sinais de uma Boa Pega);
- O bebê deve esvaziar uma mama em cada mamada, só se continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama. O leite no final da mamada contém uma maior quantidade de gordura, por isso, esvaziar totalmente a mama é o segredo para uma melhor e maior produção de leite;
- Na mamada seguinte deve-se oferecer a mama que estiver mais cheia (se mamou das duas mamas, oferecer a ultima, se mamou apenas numa, oferecer a oposta).

EXTRACÇÃO MANUAL DE LEITE

OBJECTIVO: Capacitar a mãe para extrair o seu leite de forma a iniciar ou manter a amamentação.

CONCEITO: Em algumas situações, o bebé não pode ou não consegue mamar. Noutras, pode ser necessário aumentar a produção de leite quando esta diminui. O início da extracção vai depender do momento e do motivo da decisão. Mas, frequentemente é necessário logo após o parto, como acontece quando o bebé é prematuro, está doente, ou não consegue mamar por qualquer outra razão. Consiste remoção manual de leite materno, sem qualquer auxílio de uma bomba. Qualquer estratégia de extracção de leite, deve ser acompanhada dum estímulo do reflexo de ocitocina, na medida em que esta ajuda o leite a fluir.

DESCRIÇÃO:

➤ **A extracção de leite é útil ou necessária em múltiplas situações:**

- Iniciar e manter a lactação quando o bebé não consegue mamar (ex. prematuridade, hospitalização, doença);
- Manter a lactação quando a mãe está doente ou tomou medicamentos que impedem a amamentação;
- Quando a mãe tem de se ausentar ou regressar ao trabalho;
- Para prevenir ou aliviar o ingurgitamento;
- Para ajudar o bebé a pegar quando um seio está cheio

➤ **Técnica:**

- Lavar as mãos antes de iniciar a extracção;
- A mãe deve estar sentada ou ficar em pé, desde que confortável, e colocar o recipiente próximo da mama;
- Colocar o polegar na mama, acima do mamilo e auréola e o dedo indicador abaixo do mamilo e auréola;



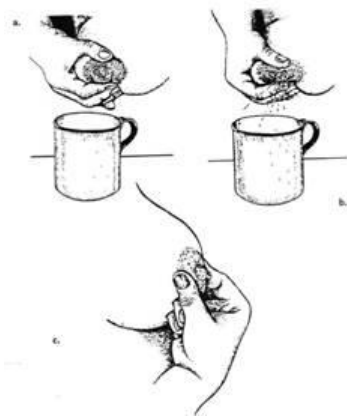
Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- Pressionar com o polegar e indicador levemente para dentro, em direcção à parede torácica. Evitar exercer pressão exagerada porque pode bloquear os ductos;
- Pressionar e soltar de seguida, o que não deve provocar dor. Se a mãe sentir dor, terá de corrigir a técnica de extracção de leite;



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade;
- Para não lesar a mama, colocar os dedos em diferentes posições (ex: colocando-os lateralmente com o indicador de um lado da auréola e polegar do lado oposto da auréola) e repita a técnica de extracção;



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- Fazer a expressão do leite até sentir que a mama já não está tensa.

FREQUÊNCIA DA EXTRACÇÃO DE LEITE

OBJECTIVO: Estimular a produção de leite.

CONCEITO: O tempo entre extracções pode ser variável e ajustado às preferências e outras actividades, sem um horário rígido, como acontece com a amamentação em geral. Tal como acontece com o bebé a mamar, quanto mais vezes a mãe extrair leite, mais vai ter.

DESCRIÇÃO:

- **Para estabelecer a lactação, alimentar um bebé de baixo peso ou RN doente:**
 - Extrair no 1º dia, se possível, nas primeiras horas após o parto, mesmo sendo apenas algumas gotas de colostro;
 - Extrair o tanto quanto a mãe puder e com a mesma frequência com que o bebé mamar. Pelo menos de 3/3h, inclusive durante a noite;
 - Se a mãe extrair poucas vezes ou se os intervalos entre as extracções forem longos, pode não ser capaz de produzir leite suficiente.

- **Para aumentar a produção:**
 - Extrair muitas vezes durante o dia, com intervalos de 30 minutos ou 1 hora e pelo menos de 3/3 horas durante a noite.

- **Para deixar leite para o bebé enquanto a mãe vai trabalhar:**
 - Extrair tanto quanto possível antes de ir trabalhar;
 - Extrair o leite enquanto está no trabalho.

- **Situações de ingurgitamento:**
 - Extrair apenas a quantidade suficiente para aliviar o desconforto ou permitir que o bebé peque na mama.

ESTIMULAR O REFLEXO DE OCITOCINA

OBJECTIVO: Ajudar o leite a fluir.

CONCEITO: A ocitocina é uma hormona produzida pelo hipotálamo e armazenada na hipófise anterior, tendo como função não só a promoção das contracções uterinas durante o parto mas também a ejeção de leite durante a amamentação.

Qualquer estratégia de extracção de leite, deve se acompanhada duma estimulação do reflexo de ocitocina, na medida em que esta ajuda o leite a fluir.

DESCRIÇÃO:

- **Antes de amamentar**, é necessário, ajudar a mãe psicologicamente, desenvolvendo a sua confiança:
 - Tentar reduzir fontes de dor ou ansiedade;
 - Ajudar a mãe a ter pensamentos e sentimentos agradáveis sobre o bebé;
 - Ajudar a mãe a relaxar, com exercícios de relaxamento, como por exemplo através de uma massagem nas costas que pode ensinar à mãe ou a uma pessoa amiga.
 - Colocar a mãe, sentada num banco ou cadeira confortável e inclinada sobre uma mesa com os membros superiores apoiados. A cabeça deve estar apoiada sobre os braços. As mamas devem ficar penduradas e sem roupa. Com as mãos fechadas, massajar com os polegares com movimentos rotativos nos dois lados da coluna exercendo uma firme pressão, de cima para baixo, do pescoço ate às omoplatas, durante 2 ou 3 minutos;



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- Aquecer as mamas: fazer uma massagem nas mamas com água do chuveiro ou aplicar um saco com água quente (protegendo-o com um pano) ou ainda massajar a mama com a mão (em movimentos circulares), enquanto está colocada numa taça com água morna (mama dentro de água e massagem em simultâneo);

- Aconselhar a colocação de um creme hidratante nas mãos (para não fazer fricção) e ensinar a realizar a massagem (suave) com a ponta dos dedos ou com a mão fechada em movimentos circulares, da base da mama, em direcção à zona dos mamilos;
- Manter o contacto pele a pele: por exemplo, ter o bebé ao colo enquanto retira o leite. Se não for possível, olhar para uma fotografia do bebé e pensar nele.

➤ **Durante a amamentação:**

- Manter, se possível, o saco com água quente (para tornar o leite mais fluido e produzir vasodilatação);
- Aconselhar a respirar profundamente para conseguir descontrair, inspirando pelo nariz e expirando pela boca (como se estivesse a apagar uma vela);
- Colocar seguidamente o bebé a mamar;
- Procurar com os dedos a existência de nódulos. Se estes existirem, massajar delicadamente com a ponta dos dedos e creme hidratante, procurando orientá-los no trajecto em direcção aos mamilos;
- Alternar as posições do bebé, para que mame dos diferentes quadrantes da mama.

➤ **Após amamentar:**

- Se as mamas ainda estão muito tensas (duras) e a mãe manifestar desconforto, extrair uma pequena porção de leite até se sentir confortável;
- Se as mamas apresentarem tumefacção, pode aplicar água fria ou gelo dentro de um saco (também protegido com um pano);
- Aplicar o próprio leite na zona dos mamilos e da auréola, para proteger e ajudar a recuperar a integridade da pele;
- Beber uma pequena quantidade de uma bebida morna (excepto café, chá preto ou cacau), que a ajude a descontrair.

ADMINISTRAÇÃO DE LEITE POR COPO

OBJECTIVO: Promover o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno exclusivo evitando a utilização precoce de tetinas e consequentemente o “nipple confusion”.

CONCEITO: Administrar leite materno ou outro alimento por copo ao bebê amamentado.

“Nipple Confusion” - confusão de mamilos, resultante do bebê usar técnicas diferentes de sucção à mama e na tetina. O RN apresenta dificuldade em obter uma configuração oral correcta, uma pega e um padrão de sucção adequados para o sucesso do aleitamento materno após a alimentação por biberão ou exposição a um bico artificial.

DESCRIÇÃO:

➤ Indicações:

- Administrar leite quando a amamentação ainda não é possível;
- Alimentar um bebê amamentado quando a sua mãe está ausente;
- Mãe com problemas nas mamas, que dificultam a amamentação;
- Complementar a amamentação, se necessário;
- Minimizar o dispêndio de energia de um bebê;
- Administrar medicação oral;
- Assegurar reforço hídrico na icterícia, hipoglicémia, desidratação, prematuridade;
- Alimentar bebês com descoordenação de sucção/deglutição;
- Mãe que toma medicação temporária, incompatível com a amamentação;
- Reduzir a necessidade de entubação naso ou orogástrica;
- RN com mais de 32 semanas de gestação.

➤ Contra-Indicações:

- ✓ RN com idade inferior a 32 semanas
- ✓ Bebês com a possibilidade de aspiração de leite;
- ✓ Reflexo da tosse débil;
- ✓ Bebê letárgico;
- ✓ Défices neurológicos.

➤ **Técnica:**

- Assegurar que o bebê está calmo (mas não adormecido);
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Colocar o leite no copinho (máximo 2/3 da capacidade do copo);
- Colocar mais 5 ml de leite do que a quantidade a oferecer;
- Verificar a temperatura do leite;
- Adotar uma posição confortável;
- Posicionar o bebê na posição semi-sentado ou sentado, contendo-lhe os braços para evitar acidentes com o copo;
- Apoiar bem os ombros e a cabeça do bebê, a cabeça não deve ficar inclinada para trás;
- Apoiar o copo gentilmente sobre o lábio e gengiva inferiores;
- Adaptar o bordo a toda a área, entre as duas comissuras labiais;
- Inclin levemente o copo para que a criança sinta o leite nos lábios;
- Permitir que o bebê vá recolhendo com a língua, para depois deglutir;
- Oferecer o leite e deixar o bebê impor o seu ritmo; máximo de 30 minutos/evite a fadiga;
- Não despejar o leite dentro da boca do bebê;
- Interromper o processo se este se manifestar inadequado ou desagradável;
- Interagir com a criança durante a alimentação;
- Oferecer o copinho até que a criança manifeste sinais de estar saciada.
- Colocar o bebê a eructar.



Fonte: <http://www.oguiadacidade.com.br>

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

OBJECTIVO: Conservar o leite materno, extraído manualmente ou por bomba.

CONCEITO: Por vezes, as mães podem ter necessidade de extrair o seu leite. Tal como os outros alimentos, o leite materno também pode ser conservado no frigorífico ou congelado. Para tal, necessita de cuidados especiais. Quando o leite é congelado perde algumas das suas propriedades nutricionais e imunológicas, mas isso, em termos práticos, é negligenciável. Mesmo perdendo algumas das suas boas características, o leite materno continua a ser o melhor e mais adequado.

DESCRIÇÃO:

➤ **Depois de extrair o leite manualmente ou com bomba:**

- Colocar num biberão esterilizado, no frigorífico, se o leite for usado nas próximas 48h;
- Se a mãe prevê não usar o leite nas próximas 48h, colocar num frasco ou saco de plástico esterilizado e congelar;
- Existem no mercado diferentes equipamentos para armazenar o leite;



Fonte: <http://saomarcos-lisboa.olx.pt>

- Colocar pouca quantidade de leite em cada recipiente, tendo em conta aquilo que se prevê que o bebé vá ingerir;
- Registar a data e hora.

➤ **Para conservar o leite materno:**

	Temperatura ambiente	Frigorífico (4°C)	Congelador doméstico (porta separada)	Arca congeladora (-20° C)
Leite extraído recentemente	6 a 8 horas	48 h	3-6 Meses	6 Meses

➤ **Como descongelar o leite materno:**

- Utilizar primeiro o leite mais antigo;
- Descongelar lentamente, colocando o frasco ou saco inteiro no frigorífico durante várias horas;
- Se for necessário descongelar mais depressa pode fazê-lo debaixo de água tépida a correr;
- Depois de descongelado, agitar o leite, para que os seus componentes se misturem adequadamente.

➤ **Como aquecer o leite materno:**

- Agitar o recipiente com leite em água quente, mas não a ferver (por exemplo, debaixo da torneira, com água corrente);
- Não aquecer no micro-ondas ou ferver o LM.

Notas: O frasco ou biberão onde vai armazenar o leite, devem ser lavados com água quente e detergente e fervidos durante 10 a 15 min ou colocados num esterilizador. Os frascos ou sacos utilizados para armazenar o LM devem respeitar as seguintes indicações: Devem ser de polipropileno, isento de Bisfenol A – reconhecido como o plástico mais seguro para conservar leite

BEBÉ QUE SE RECUSA A MAMAR

OBJECTIVO: Ajudar a mãe e o bebé a amamentar outra vez.

CONCEITO: Bebé que recusa a mama, aparenta não querer a mama.

Possíveis causas da recusa:

- Bebé doente, com dor ou sedado;
- Dificuldades na técnica da amamentação;
- Mudanças.

DESCRIÇÃO:

- **Avaliar o estado de saúde do bebé:**
 - Avaliar a capacidade do bebé para mamar: FR, obstrução nasal, gemido, choro...
 - Despistar situações que provoquem dor como: dentição, aftas ou infecções (ex. cândida);
 - Encaminhar quando necessário.
- **Observar a mamada:**
 - Despistar pegas incorrectas e ineficazes;
 - Aconselhar a mãe a amamentar em local sossegado e tranquilo para evitar a distração do bebé.
 - Aconselhar a mãe a ter o bebé o máximo tempo possível perto de si; contacto pele com pele;
- **Despistar mudanças que aborreçam o bebé: alteração brusca das rotinas do bebé:**
 - Questionar sobre a alimentação da mãe, produtos de higiene, perfumes...
- **Se bebé incapaz de mamar, extrair leite com bomba e administrar por sonda, colher ou copinho:**
 - Evitar dar leite por biberão.

POUCO LEITE

OBJECTIVO: Ajudar a mãe de um bebé que não está a receber leite suficiente.

CONCEITO: Algumas vezes o bebé não recebe LM suficiente

DESCRIÇÃO:

- **Colher a história da amamentação** (ver “como colher uma história):
 - Despistar a toma de fármacos que possam influenciar a produção de leite.

- **Avaliar estado psicológico da mãe:**
 - Questionar como se sente a mãe.

- **Avaliar uma mamada** (ver “como avaliar uma mamada”)
 - Observar a pega, posição do bebé na mama, vínculo e rejeição duração das mamadas;

- **Examinar as mamas:**
 - Despistar problemas mamários.

- **Examinar o bebé**
 - Estado geral, situações de doença, anomalias;
 - Verificar o ganho de peso do bebé;
 - Analisar o gráfico de crescimento no Boletim de Saúde Infantil. Se não existir registo, não é possível obter uma resposta satisfatória. Marcar visita para daqui a 2 dias.

- **Verificar o volume urinário do bebé:**
 - Questionar a mãe sobre com que frequência urina o bebé e quais as características da urina.

➤ **Avaliar sinais de que o bebé pode não estar a receber leite suficiente:**

SINAIS DE QUE O BEBÉ PODE NÃO ESTAR A RECEBER LEITE SUFICIENTE:	
CONFIÁVEIS	
PESO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menos de 500gr / mês; 125gr / semana ➤ Peso inferior ao peso de nascença após 2 semanas de vida
DÉBITO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menos de 6x/dia
URINÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concentrada (amarela) ➤ Cheiro Forte
POSSÍVEIS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bebé não satisfeito após as mamadas; ➤ Bebé que chora muito; ➤ Mama muitas vezes; ➤ Mamadas muito longas; ➤ Bebé que se recusa a mamar; ➤ Bebé com fezes duras, secas ou verdes; ➤ O leite não sai quando a mãe tenta extrair; ➤ Mamas não aumentaram durante a gravidez. 	

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Avaliar factores que possam influenciar o facto do bebé não estar a receber LM suficiente, ou seja, procurar uma causa:**

RAZÕES PELAS QUAIS UM BEBÉ PODE NÃO RECEBER LM SUFICIENTE:			
COMUNS		POUCO COMUNS	
<i>FACTORES RELACIONADOS COM A AMAMENTAÇÃO</i>	<i>FACTORES PSICOLÓGICOS</i>	<i>CONDIÇÕES FÍSICAS</i>	<i>CONDIÇÕES DO BEBÉ</i>
Início tardio	Falta de confiança	Dor (mamilos gretados ou complicações do parto)	Doença
Mamadas pouco frequentes e/ou curtas	Preocupações, stress, depressão pós parto	Desnutrição severa	Bebé sedado
Ausência de mamadas nocturnas	Falta de motivação ou prazer em amamentar	Fármacos (anticoncepcionais com estrogéneos ou diuréticos)	Anomalias (lábio leporino ou freio curto da língua)
Pega ineficaz		Álcool e tabaco	Rejeição do bebé
Uso de biberão ou chupeta		Deficiente desenvolvimento mamário (muito raro) ou cirurgia redução mamária	
Alimentação complementar			

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

➤ **Desenvolver confiança na mãe:**

- Mostrar empatia e aceitar aquilo que a mãe diz e os seus sentimentos;
- Corrigir as ideias erradas mas não de uma forma crítica;
- Elogiar o facto de ainda estar a amamentar;
- Explicar como funciona o aleitamento materno;
- Explicar como aumentar a produção de leite, caso seja esse o problema (aconselhar a amamentar mais vezes ou estimular com bomba);
- Se usar biberão, sugerir parar (sugerir uso do copo por exemplo);
- Explicar que há bebés que mamam de hora/hora, se for este o caso (picos de crescimento);
- Fazer o seguimento da criança: avaliação diária se possível, e posteriormente semanal até que o bebé aumente de peso e a mãe se sinta confiante. Pode demorar 3 a 7 dias para aumentar de peso.

Nota: Um bebé que não esvazia uma mama completamente e passa para a outra mama, acaba por ingerir apenas leite inicial, isento de gordura, que lhe provoca saciedade e fornece energia.

CHORO

OBJECTIVO: Ajudar uma família com um bebê que chora muito.

CONCEITO: Um bebê que chora muito pode perturbar o relacionamento entre ele e a sua mãe e causar tensão entre outros membros da família. Muitas mães iniciam suplementos desnecessariamente, porque pensam que os seus bebês “choram demais”, pensam que estão com fome, e que não têm leite suficiente.

DESCRIÇÃO:

- **Tentar encontrar uma causa para o bebê chorar muito** (ver tabela):
 - ✓ Colher a história da amamentação, nomeadamente em termos de alimentação da mãe, estilos de vida, pressões familiares (ver “como colher uma história”);
 - ✓ Avaliar uma mamada nomeadamente em termos de posição do bebê e duração da mamada (ver “observação da mamada”);
 - ✓ Examinar o bebê (estado geral, doença, dor, crescimento) e encaminhar se necessário;

- **Se fome devido a surtos de crescimento:**
 - Explicar à mãe que o bebe parece ter muita fome durante alguns dias, possivelmente porque está a crescer mais rápido do que antes e exige ser alimentado mais vezes;
 - Explicar que isto é comum na 2ª/3ª semana de vida; 6ª semana e aos 3 meses;
 - Aconselhar a dar de mamar sempre que o bebê quer: a produção de leite aumenta e ele volta a mamar menos outra vez.

- **Se má adaptação à mama:**
 - Corrigir a pega e ensinar à mãe sinais de pega eficaz;
 - Explicar à mãe que é muito importante que o bebê esvazie completamente a mama;
 - Explicar que o leite inicial tem essencialmente água, açúcar (lactose) e proteínas e que o leite no final da mamada possui gordura, que é aquilo que dá energia e saciedade ao bebê.

- **Se relacionado com a alimentação da mãe:**
 - Explicar à mãe que existem substâncias, quando ingeridas, passam para o leite materno e podem causar desconforto ao bebê (ex. soja, amendoim, ovos, feijão, grão, etc.);
 - Aconselhar a mãe a evitar um alimento que ela notou que fez o bebê passar mal;
 - Não dizer para parar com esse alimento mas sugerir para não o comer durante uma semana e avaliar o comportamento do bebê;

- Informar que isto pode acontecer com qualquer alimento e não há nenhum que deva especialmente evitar, a menos que haja história na família de antecedentes alérgicos (morangos, citrinos, peixe...).

➤ **Se Drogas que a mãe usa:**

- Sugerir a redução da ingestão de cafeína, chá ou Coca-Cola pois pode ser a razão para o bebé ficar mais agitado;
- Se fuma, aconselhar a reduzir o fumo e que fume após as mamadas, não antes nem durante;
- Evitar ambientes com fumo ou estar juntos de pessoas que fumem com o bebé.

➤ **Se cólicas:**

- Explicar à mãe que o choro típico das cólicas é muito diferente dos outros padrões de choro;
- Informar que é uma situação normal e que há bebés que têm um intestino muito activo ou com gases, mas a causa não é clara e que é menos frequente depois dos 3/4 meses;
- Informar a mãe que o “choro da cólica” é mais frequente ao final da tarde e noite, o bebé fica difícil de confortar, muito vermelho e pode encolher as pernas;
- Ensinar a mãe a fazer massagem abdominal para o alívio das cólicas; explicar como confortar o bebé, segurando-o próximo de si, com movimentos delicados e fazer uma suave pressão sobre o seu abdómen.
- Mostrar à mãe como colocar o bebé a arrotar;

Desenvolver confiança e dar apoio:

- ✓ Aceitar o que a mãe pensa sobre a causa do problema;
- ✓ Elogiá-la naquilo que está a fazer certo.

RAZÕES PORQUE OS BEBÉS CHORAM
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desconforto (sujos, calor, frio) ➤ Cansaço (ex. muitas visitas, excesso de estimulação) ➤ Doença ou dor ➤ Fome (não recebe leite suficiente; picos de crescimento) ➤ Alimentação materna ➤ Drogas que a mãe tome (cafeína, chá, tabaco, fármacos) ➤ Cólicas

Razões pelas quais os bebés choram

MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS

OBJECTIVO: Tornar os mamilos mais proeminentes, capacitando a mãe para amamentar.

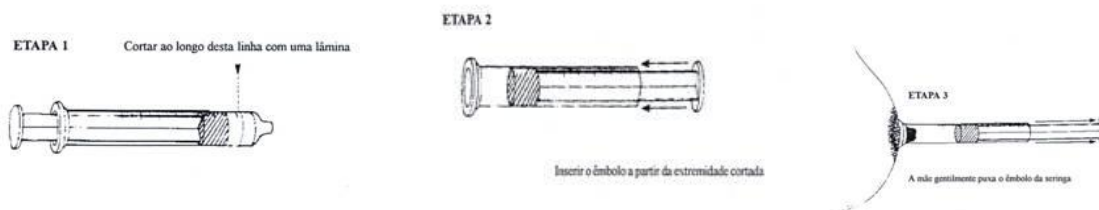
CONCEITO: Mamilo invertido - ausência total do mamilo.

Mamilo plano - situa-se no mesmo nível da auréola, pouco elástico.

DESCRIÇÃO:

➤ **Logo após o parto:**

- Desenvolver confiança na mãe;
- Explicar que o bebé mama na mama e não no mamilo, dado que o mamilo é só 1/3 da porção da mama que o bebé deve introduzir na boca para sugar correctamente;
- Promover o contacto pele a pele e deixar o bebé explorar as mamas;
- Ajudar a mãe a colocar o bebé à mama;
- Tentar diferentes posições;
- Ajudar a exteriorizar o mamilo antes das mamadas com bomba extractora ou seringa. Realizar este exercício, varias vezes ao dia, cerca de 30 a 60 segundos e sempre antes de amamentar.



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

Nota: O mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo após o parto, pelo que não é necessário fazer qualquer manobra ou usar qualquer método durante a gravidez. A utilização de estimulação à formação dos mamilos e de formadores de mamilos durante a gravidez, é desaconselhada, dado que a estimulação pode desencadear contracções uterinas e, não há evidência científica que os formadores de mamilo ajudem a melhorar o formato do mamilo, podendo ainda lesá-lo.

MAMILOS FISSURADOS

OBJECTIVO: Prevenir o aparecimento de gretas ou fissuras nos mamilos e, em caso de já existirem, promover a rápida cicatrização do mamilo

CONCEITO: Quando o bebé não pega correctamente na mama e suga apenas no mamilo, torna-os sensíveis e pode mesmo conduzir a gretas e fissuras, transformando a amamentação num processo dolorosa para a mãe.

DESCRIÇÃO:

➤ Prevenir fissuras:

- Colocar o bebé na mama na posição correcta e verificar os sinais de pega eficaz;
- Não interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;
- Se a mãe tiver que interromper a mamada deve colocar um dedo suavemente na boca do bebé de modo a interromper a sucção;
- Lavar os mamilos apenas durante o banho diário, evitando o uso de sabão nessa zona;
- Não esfregar os mamilos com a toalha após o banho;
- Colocar umas gotas de leite à volta do mamilo após o banho e no terminus de cada mamada.

➤ Para tratar os mamilos dolorosos ou com fissuras:

- Corrigir a pega e orientar a mãe continuar a amamentar (a maior parte das vezes a dor desaparece logo após essa correcção);
- Sugerir iniciar a mamada pelo mamilo não doloroso;
- Se a dor é tão intensa que mesmo melhorando a pega, ela não desaparece, a mãe pode retirar o leite e dar ao bebé por copo ou colher até que o mamilo melhore ou cicatrize;
- Aconselhar a aplicar sempre leite materno nos mamilos após o banho e após as mamadas (facilita a cicatrização);
- Aconselhar a não utilizar os discos de protecção, dar preferência a um protector de mamilos;
- Sugerir expor os mamilos ao ar e breves minutos ao sol, no intervalo das mamadas;
- Se a mãe utilizar mamilos artificiais (de silicone), deve tentar o mais precocemente possível deixá-los, pois o bebé habitua-se e pode não conseguir pegar directamente na mama.

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

OBJECTIVO: Prevenir a ocorrência de mastite.

CONCEITO: Quando o leite não é removido as mamas ficam dolorosas, edemaciadas, tensas, brilhantes ou avermelhadas, o mamilo fica apagado e o leite não pinga. Pode ainda haver febre durante 24h.

Causas:

- Abundância de Leite;
- Mamadas pouco frequentes;
- Início tardio da amamentação;
- Pega Inadequada.

DESCRIÇÃO:

- **Para tratar o ingurgitamento é essencial retirar o leite. Se o leite não é removido, forma-se um abscesso (mastite) e a produção de leite diminui.**
 - Aconselhar a mãe a não “descansar”, ou seja, não parar de amamentar na mama ingurgitada;
 - Assegurar uma boa pega;
 - Encorajar a amamentação em horário livre;
 - Pode ser necessário extrair um pouco de leite manualmente ou com bomba para fazer com que a mama fique mole o suficiente para o bebê mamar;
 - Estimular o reflexo de ocitocina antes da mamada:
 - Colocar compressas mornas na mama ou tomar um banho de chuveiro;
 - Ajudar a mãe a relaxar;
 - Massajar o pescoço e as costas;
 - Massajar a mamas com suavidade;
 - Estimular o mamilo.
 - Depois da mamada para reduzir o edema, colocar compressas frias na mama.

DUCTOS BLOQUEADOS E MASTITE

OBJECTIVO: Prevenir mastites.

CONCEITO: Os ductos ficam bloqueados quando, já depois de uma situação de ingurgitamento, o leite espesso não é removido de uma parte da mama, ficando aí retido. Manifesta-se por tumefacção / nódulo mole / macio, rubor localizado e apirexia. Quando este leite não removido, inflama o tecido mamário circundante origina uma mastite não infecciosa. Se a mama é infectada por bactérias dá origem a uma mastite infecciosa, evidenciando edema, rubor, dor forte, febre e mal-estar.

Causas:

- Má drenagem de uma parte da mama ou toda a mama, devido a:
 - ✓ Mamadas pouco frequentes;
 - ✓ Sucção ineficaz (pega ineficaz);
 - ✓ Pressão de roupas, como soutien ou posição de dormir;
 - ✓ Pressão dos dedos da mãe durante a mamada;
- Agressão do tecido mamário (trauma);
- Entrada de bactérias (fissuras).

DESCRIÇÃO:

➤ **Para tratar o ingurgitamento é essencial melhorar a drenagem das mamas:**

- Verificar a pega e se necessário corrigir;
- Despistar pressão de roupas ou dedos sobre zonas da mama;
- Despistar drenagem ineficaz em mamas grandes;
- Aconselhar mamadas frequentes e começar pela mama não afectada;
- Variar posições da amamentação;
- Se necessário extrair leite com bomba;
- Massajar à volta dos mamilos;
- Colocar compressas quentes e frias.

Nota: Se fissuras, sintomas mais graves e ausência de melhoras em 24h ----- tratar com Antibiótico, Analgésicos e Repouso Absoluto.

CONCLUSÃO:

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, no entanto, a capacidade de uma mãe otimizar o aleitamento ao seu bebê, depende em grande medida do apoio que recebe, cabendo aos profissionais de saúde um papel especial no aconselhamento do aleitamento materno mas essencialmente na implementação e adopção de práticas que suportem efectivamente a amamentação nos diferentes contextos da prestação de cuidados, o que inclui também, a Urgência Pediátrica.

Apesar dos inúmeros esforços e dos investimentos dos últimos anos na promoção, manutenção e suporte ao aleitamento materno, os últimos estudos não demonstram melhorias significativas no aumento da prevalência do aleitamento materno, comprovando o quanto há ainda a fazer.

Independente do contexto da prestação de cuidados, é fundamental sensibilizar os profissionais de saúde para os condicionantes da hospitalização na amamentação e incentivá-los na adopção de práticas que facilitem o processo de aleitamento materno. Apesar das características inerentes a um serviço de urgência, onde predominam situações clínicas graves, urgentes e emergentes, com um elevado ritmo de trabalho e stress, é muito importante encarar a criança/família como um ser holístico e estar atento à satisfação de todas as suas necessidades e não apenas aquelas que carecem um atendimento imediato.

Esperamos com este documento contribuir para a actualização dos conhecimentos dos profissionais no âmbito desta temática, favorecendo a criação de um ambiente de prestação de cuidados favorável à amamentação e consequentemente contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança /família lactante.

BIBLIOGRAFIA

GONÇALVES, Ana R. S - Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. Sísifo. Revista de Ciências da Educação, nº5, 2008. p. 59-68. Acedido em <http://sisifo.fpce.ul.pt> a 10 Outubro de 2010.

OMS/UNICEF - Aconselhamento em Amamentação: Um curso de Treino. Guia do Treinador. Lisboa. OMS/UNICEF, 1993.

OMS/UNICEF - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante. OMS/UNICEF, 1997. 186p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos: orientações estratégicas. Lisboa: DGS, 2004b. vol 2, 216p. ISBN 972-675-110-1

FORMULÁRIO HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO

Nome da Mãe:

Nome do Bebê:

Nascimento: __/__/__

Data

Data da Entrevista: __/__/__

ALIMENTAÇÃO ACTUAL DO BEBÉ

- ✓ Características das mamadas (dia/noite)
- ✓ Frequência
- ✓ Intervalo Máximo
- ✓ Tempo que a mãe está longe do bebê
- ✓ Lateralidade (uma mama ou duas mamas)
- ✓ Suplementos e água (o que dá)
- ✓ Quando começou
- ✓ Quanto
- ✓ Como (biberão, copo)
- ✓ Chupeta (sim/não)

SAÚDE E COMPORTAMENTO DO BEBÉ

- ✓ Peso ao nascer / Peso Actual
- ✓ Crescimento
- ✓ Prematuridade / Gemelaridade
- ✓ Volume Urinário (pelo menos 6x dia)
- ✓ Fezes (moles/duras, amarelas, esverdeadas) / Frequência
- ✓ Comportamento Alimentar (apetite, vômitos)
- ✓ Sono e suas características
- ✓ Doença/Anomalias

GRAVIDEZ, NASCIMENTO, PRIMEIROS ALIMENTOS

- ✓ Gestação planeada/ desejada
- ✓ Preparação para o parto
- ✓ Amamentação foi discutida?
- ✓ Alojamento Conjunto / Contacto inicial (1º meia hora)
- ✓ Alimentação prévia à amamentação
- ✓ O que foi dado
- ✓ Amostras de leite dadas à mãe (como foi dados)
- ✓ Ajuda na amamentação nos pós parto

SITUAÇÃO MATERNA E PLANEAMENTO FAMILIAR

- ✓ Idade da mãe
- ✓ Saúde
- ✓ Alcool, tabaco, café, outras drogas
- ✓ Método de planeamento familiar
- ✓ Problemas da mama
- ✓ Motivação para amamentar

EXPERIENCIA ANTERIOR COM AMAMENTAÇÃO

- ✓ Número de filhos
- ✓ Quantos amamentou
- ✓ Utilizou biberão / Razões
- ✓ Experiência boa ou má

SITUAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL

- ✓ Trabalho/profissão/instrução
- ✓ Situação económica
- ✓ Atitude do pai e família face à amamentação
- ✓ Ajuda para cuidar da criança
- ✓ O que os outros dizem acerca da amamentação

Fonte: OMS/UNICEF (1997)

FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da Mãe: _____

Nome do Bebê: _____

Amamentação vai bem

POSTURA CORPORAL

Mãe relaxada e confortável
Bebé próximo, de frente para a mãe
Cabeça e corpo do bebé em linha recta
Queixo do bebé toca na mama
Nádegas do bebé apoiadas
Mãe segura mama em forma de C

Possíveis dificuldades

POSSIVEIS DIFICULDADES

Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebé
Corpo do bebé longe do da mãe
Pescoço do bebé torcido
Queixo do bebé não toca na mama
Só ombro ou cabeça apoiado
Mãe segura mama em forma de tesoura

RESPOSTAS

Bebé procura a mama quando sente fome
Bebé roda e procura a mama
Bebé explora a mama com a língua
Bebé calmo e alerta à mama
Bebé mantém a pega na auréola
Sinais de saída de leite (extravasam/, dores uterinas e fisgadas)

Nenhuma resposta à mama
Não procura a mama
Bebé não interessado na mama
Bebé inquieto ou a chorar
Bebé não mantém a pega na auréola
Não há sinais de saída de leite

VÍNCULO EMOCIONAL

Mãe segura bebé no colo com firmeza e segurança
Mãe e bebé mantêm contacto visual
Muito toque materno

Mãe segura bebé nervosa ou com pouca força
Nenhum contacto visual mãe-filho
Pouco toque materno

ANATOMIA

Mamas macias após as mamadas
Mamilos exteriorizados e protácteis
Pele da mama com aparência saudável
Mamas com aparência arredondada

Mamas ingurgitadas
Mamilos rasos ou invertidos
Pele da mama com fissuras ou vermelhidão
Mamas tensas ou flácidas

SUCÇÃO

Boca bem aberta
Lábio inferior virado para fora
Língua do bebé acoplada em redor do mamilo
Bochechas arredondadas
Mais auréola acima da boca do bebé
Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa
Pode-se ver e/ouvir-se a deglutição

Boca pouco aberta, apontada para a frente
Lábio inferior virado para dentro
Língua do bebé não visível
Bochechas tensas ou encovadas
Mais auréola abaixo da boca do bebé
Apenas sucções rápidas
Ouve-se ruídos altos

TEMPO GASTO NA SUCÇÃO

Bebé solta a mama

Mãe retira bebé da mama

Bebé mamou durante _____ minutos

Fonte: OMS/UNICEF (1997)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAL D. ESTEFÂNIA


URGÊNCIA PEDIÁTRICA

NORMA



“BOMBA EXTRACTORA DE LEITE HUMANO:

CUIDADOS DE UTILIZAÇÃO E MANIPULAÇÃO DO LEITE HUMANO”

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial Urgência PROVISÓRIO	COD.000 (ou COD.0000)
	BOMBA DE EXTRACÇÃO DE LEITE HUMANO: Cuidados de utilização Manipulação do leite	

APROVAÇÃO

1 OBJECTIVO

Uniformizar procedimentos na utilização da bomba extractora de leite humano bem como na manipulação do leite proveniente da extracção de forma a garantir as condições de segurança do mesmo em ambiente hospitalar.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Urgência Pediátrica
Assistentes Operacionais

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: Enfermeiro Chefe e Assistentes Operacionais

3.2 Pela revisão do procedimento: Enfermeiro Chefe.

4 DEFINIÇÕES

Bomba de extracção: máquina que se destina à extracção e colheita de leite materno do seio de uma mãe, visando aliviar a tumefacção mamária, manter a capacidade de aleitamento materno e fornecer o leite da mãe para futuras mamadas, sempre que não é possível colocar o bebé à mama.


5 SIGLAS E ABREVIATURAS

LM - leite materno

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	_____

VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	1/4

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial Urgência PROVISÓRIO	COD.000 (ou COD.0000)
	BOMBA DE EXTRACÇÃO DE LEITE HUMANO: Cuidados de utilização Manipulação do leite	

6 REFERÊNCIAS

- Manual do Participante do Curso “ Aconselhamento em Amamentação: um curso de treino”. Tradução do Grupo de Formadores em Aleitamento materno do Porto. Maio. 1997.
- Manual de Utilização da Bomba extractora de leite – Ameda®.

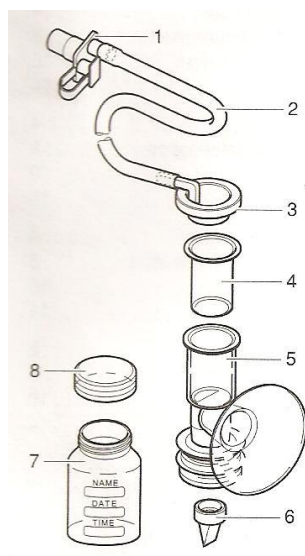
7 DESCRIÇÃO

➤ Proporcionar ambiente adequado:

- Providenciar material de apoio como uma mesa para apoiar a bomba de extracção e compressas esterilizadas;
- Proporcionar um local reservado, calmo e tranquilo, dentro das condições possíveis; se necessário colocar biombo;
- O ideal será a mãe fica junto do bebé, olhe e pense nele, pois ajuda a ejeção do leite;
- Mãe sentada numa posição confortável e erecta.

➤ Montar a bomba eléctrica:

- Componentes da Bomba:



Legenda:

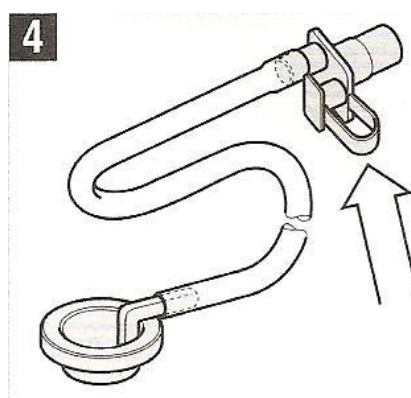
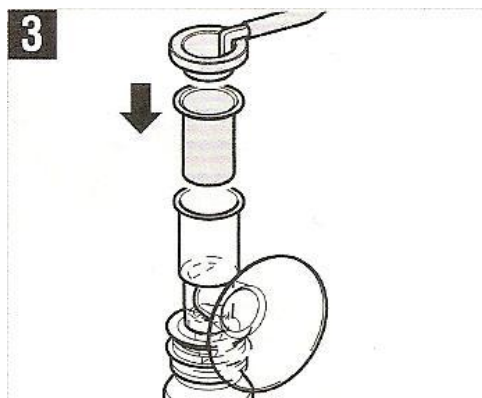
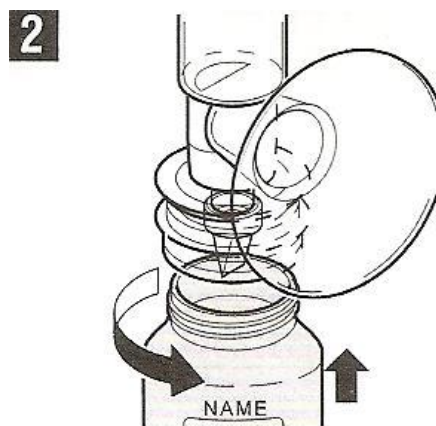
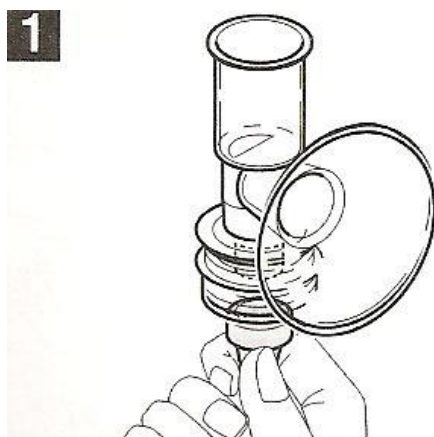
- 1- Conexão dupla
- 2- Tubo de sucção
- 3-Tampa
- 4- Fole
- 5- “Concha” para os Seios
- 6- Válvula
- 7- Biberão para leite
- 8- Tampa aparafusada

Fonte: Manual de Utilização da Bomba extractora de leite – Ameda®

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	2/4




- Lavar as mãos;
- Empurrar a válvula por baixo até ao encaixe na “concha” dos seios;
- Aparafusar o biberão para leite à “concha” para seios e apertar bem;
- Introduzir por cima o fole na “concha” para seios e fechar com a tampa; Ligar a tampa e a conexão dupla ao tubo;
- Se pretender extrair o leite só de um seio: unir a segunda conexão à conexão dupla;
- Ligar a conexão dupla à base;
- Adaptar a “ concha” dos seios à mama.



Fonte: Manual de Utilização da Bomba extractora de leite – Ameda®

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	3/4

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial Urgência PROVISÓRIO		COD.000 (ou COD.0000)
	BOMBA DE EXTRACÇÃO DE LEITE HUMANÓ: Cuidados de utilização Manipulação do leite		

➤ **Cuidados com a bomba após utilização:**

- Cada KIT é individual e tem uma duração de 24h;
- Após cada utilização proceder à desmontagem e limpeza do equipamento;
- Lavar com água e sabão neutro todos os componentes após cada utilização para remover quaisquer resíduos de leite nos componentes, o que pode originar o aparecimento de bactérias que podem contaminar o leite da próxima extracção;
- Deixar secar. Para secar os componentes, coloque-os sobre uma superfície com papel toalha ou um pano limpo e deixe secar naturalmente (sala de pausa);
- Colocar todos os componentes dentro de uma manga para posterior envio para esterilização, à excepção da conexão dupla (peça que adapta o tubo de sucção à base), que fica sempre junto da base;
- Na cozinha de leites, selar a manga;
- Identificar a manga com Nome do Serviço, Nome do Assistente Operacional e data. Registrar estes dados fora da zona selada;
- Os materiais devem ser levados à esterilização até as 09:00h;
- Sempre que e utilizada a bomba de extracção de leite, preencher o protocolo.

➤ **O que fazer ao leite depois de extraído:**

- Colocar sempre num biberão de vidro esterilizado;
- Se o leite for usado nas próximas 24h, colocar no frigorífico;
- Se a mãe prevê não usar o leite nas próximas 24h, congelar;
- Colocar pouca quantidade de leite em cada recipiente, tendo em conta aquilo que se prevê que o bebé vá ingerir;
- Registrar sempre o nome do bebé, a data e hora.

➤ **Para aquecer o Leite Materno:**

- Não aquecer no micro-ondas ou ferver o LM;
- Agitar o recipiente com leite em água quente, mas não a ferver (por exemplo, debaixo da torneira, com água corrente).

8 ANEXOS

8.1 Protocolo de utilização da bomba de leites.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	4/4

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



ÍNDICE

	Pg.
1. Divulgação da Sessão	2
2. Planificação da Formação	3
3. Apresentação (Diapositivos)	5
4. Avaliação da Formação	13

1. Divulgação da Sessão



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

BOMBA EXTRACTORA DE LEITE:

Cuidados de Utilização
Manipulação de leite humano

Centro de Formação - Sala 2

DATA: 21/10/2010 (15:30) e
26/10/2010 (08:30)

FORMADORA: Mara Lourenço (ACMEESIP)

DESTINATÁRIOS: Ass. Operacionais

DURAÇÃO: 30 min.

2. Planificação da Sessão de Formação

NOME DA SESSÃO

Bomba Extractora de Leite: cuidados de utilização e manipulação do leite humano

FUNDAMENTAÇÃO

A extracção mecânica de leite materno com bomba é uma prática frequente no Serviço de Urgência Pediátrica para as mães dos bebés que permanecem na UICD e que não podem ser temporariamente amamentados. A manipulação deste leite carece de cuidados específicos por forma a manter a sua qualidade e segurança para posterior administração ao bebé.

LOCAL

Centro de Formação

DATA

21 e 26 de Outubro de 2010

HORA

15.30 (dia 21); 08:30 (dia 26)

DURAÇÃO

30'

DESTINATÁRIOS

Assistentes Operacionais

OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO

GERAL

Uniformizar procedimentos relativos à utilização da bomba extractora de leite, bem como na manipulação do leite proveniente da extracção, de forma a garantir as condições de segurança do mesmo, em ambiente hospitalar.

ESPECÍFICOS -----

PLANO DA SESSÃO

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR
<ul style="list-style-type: none">- Cuidados a ter quando uma mãe extrai leite com bomba;- Componentes da bomba extractora;- Montagem e sua utilização;- Limpeza e esterilização;- Manipulação do leite depois de extraído	<p>Activa Demonstrativa</p>	<p>Videoprojector Portátil</p>	<p>30'</p>	<p>Mara Lourenço</p>

3. Apresentação



CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE
HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

BOMBA EXTRACTORA DE LEITE HUMANO:

CUIDADOS DE UTILIZAÇÃO MANIPULAÇÃO DO LEITE HUMANO

MARA LOURENÇO

ALUNA DO 3º CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
CONSELHEIRA EM ALEITAMENTO MATERNO

ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO: En^h FATIMA SILVA, ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

BOMBA EXTRACTORA DE LEITE HUMANO: Cuidados de utilização e manipulação do leite

PORQUÊ FALAR DESTA TEMÁTICA?

“A protecção, a promoção e o suporte ao aleitamento materno são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública em toda a Europa e no Mundo.”

(Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na 1ª Infância, 55ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS, 2002)

“As estratégias de incentivo do aleitamento materno, junto da família, infantário, amas, local de trabalho, instituições de acolhimento e das **unidades de saúde**, constitui um **critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais**”

(PNS 2004-2010, Orientações relativas a “nascer com saúde e crescer com segurança”)

As Unidades de Saúde, pela sua proximidade com os utentes, têm um importante papel no estabelecimento de boas práticas para que a amamentação seja entendida como uma norma.

OBJECTIVO DA SESSÃO

- ☐ Uniformizar procedimentos na utilização da bomba extractora de leite humano bem como na manipulação do leite proveniente da extracção de forma a garantir as condições de segurança do mesmo em ambiente hospitalar.

CONTEÚDOS

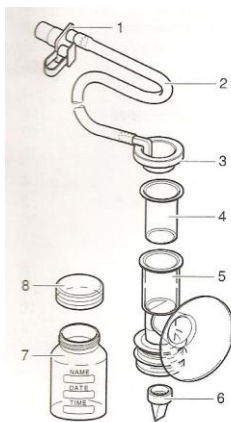
1. Cuidados a ter quando uma mãe extrai leite com bomba
2. Componentes da Bomba de Leite
3. Montagem e Utilização
4. Limpeza e Esterilização dos Componentes
5. O que fazer ao leite depois de extraído

1. Cuidados a ter quando uma mãe extrai leite com bomba

- Material de apoio como uma mesa para apoiar a bomba de extracção e compressas esterilizadas;
- Proporcionar um local reservado, calmo e tranquilo, dentro das condições possíveis; se necessário colocar biombo;
- Mãe junto do bebé;
- Mãe sentada numa posição confortável e erecta.



2. Componentes da bomba de leite

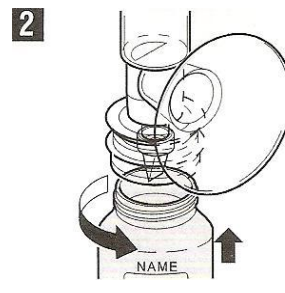
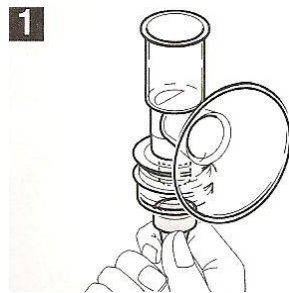


Legenda:

- 1- Conexão dupla
- 2- Tubo de sucção
- 3-Tampa
- 4- Fole
- 5- "Concha" para os Seios
- 6- Válvula
- 7- Biberão para leite
- 8- Tampa aparafusada

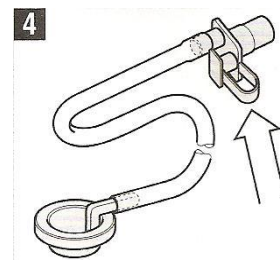
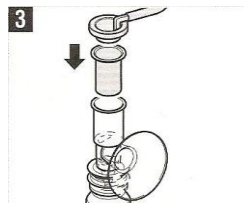
3. Montagem e utilização da bomba

- Lavar as mãos;
- Empurrar a válvula por baixo até ao encaixe na concha dos seios (1);
- Aparafusar o biberão para leite à concha para seios e apertar bem (2);



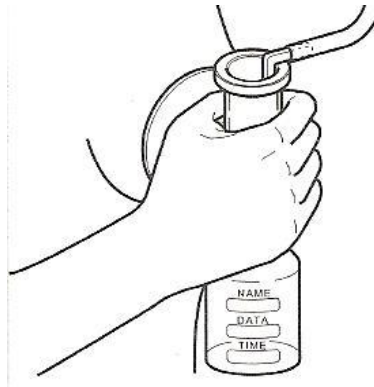
3. Montagem e utilização da bomba (cont.)

- Introduzir por cima o fole na concha para seios e fechar com a tampa (3);
- Ligar a tampa e a conexão dupla ao tubo;
- Se pretender extrair o leite só de uma seio: unir a segunda conexão à conexão dupla (4);
- Ligar a conexão dupla à base;



3. Montagem e utilização da bomba (cont.)

- Segurar o Kit como indicado.



4. Limpeza e Esterilização dos Componentes

- Cada KIT é individual e **tem uma duração de 24h**;
- Após cada utilização proceder à desmontagem e limpeza do equipamento;
- Lavar com água e sabão neutro** todos os componentes após cada utilização;
- Deixar secar** - colocar sobre uma superfície com papel toalha ou um pano limpo e deixe secar naturalmente (sala de pausa);
- Colocar os componentes dentro de uma manga, **à exceção da conexão dupla** (peça que adapta o tubo de sucção à base), que fica sempre junto da base;



4. Limpeza e Esterilização dos Componentes

- Na cozinha de leites, selar a manga e identificá-la com **Nome do Serviço, Nome do Assistente Operacional e data**;
- Registrar estes dados fora da zona selada;
- Os materiais devem ser levados à esterilização até as **09:00h**;
- Preencher o **protocolo** sempre que utilizada a bomba.



5. O que fazer ao leite depois de extraído

- Colocar sempre num biberão de vidro esterilizado;
- Se usado nas próximas 24h, colocar no frigorífico;**
- Se > 24h, congelar;**
- Colocar pouca quantidade de leite em cada recipiente, tendo em conta aquilo que se prevê que o bebé vá ingerir;
- Registrar sempre o **nome do bebé, a data e hora**.



5. O que fazer ao leite depois de extraído (cont.)

Como aquecer o Leite Materno:

- Não aquecer no micro-ondas ou ferver o LM;**
- Agitar o recipiente com leite em água quente, mas não a ferver (por exemplo, debaixo da torneira, com água corrente).

NORMA PROVISÓRIA

- NORMA

SUGESTÕES

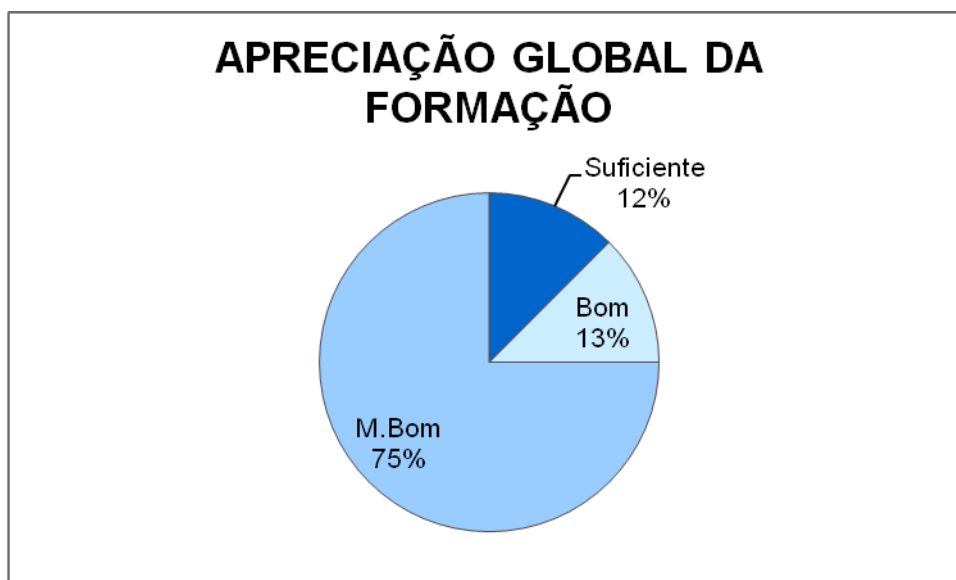
BIBLIOGRAFIA

- ❑ Manual do Participante do Curso “ Aconselhamento em Amamentação: um curso de treino”. Tradução do Grupo de Formadores em Aleitamento materno do Porto, Maio, 1997.
- ❑ Manual de Utilização de Bomba extractora de Leite da Ameda.
- ❑ Imagens retiradas de www.google.pt

OBRIGADO 😊

4. Avaliação

Conteúdo

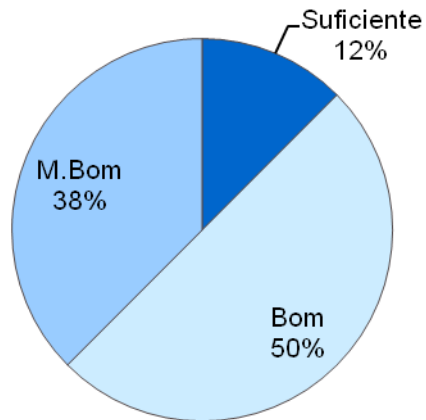


Em termos da apreciação global da formação, a maioria dos formandos (75%) considerou a formação muito boa, 13% boa e os restantes 12% suficiente, demonstrando assim uma grande satisfação da generalidade dos participantes.



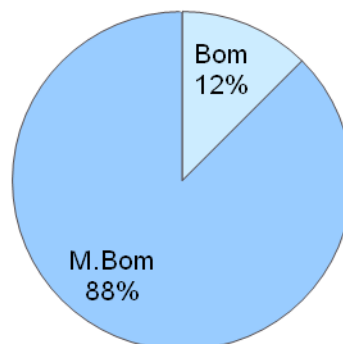
Ao nível da aquisição e consolidação de conhecimentos, a generalidade dos formandos considerou a formação muito boa (75%) e os restantes boa (25%).

PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS



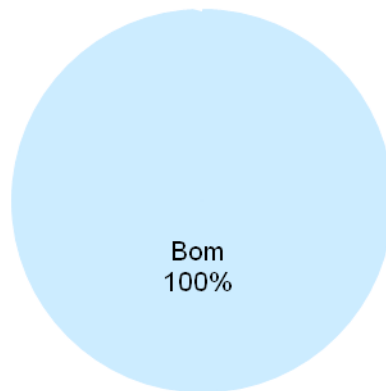
Relativamente à partilha de experiências, 38% dos formandos considerou a formação de muito boa, 50% de boa e os restantes 12% de suficiente.

PERTINÊNCIA DOS CONTEÚDOS PARA A PRÁTICA



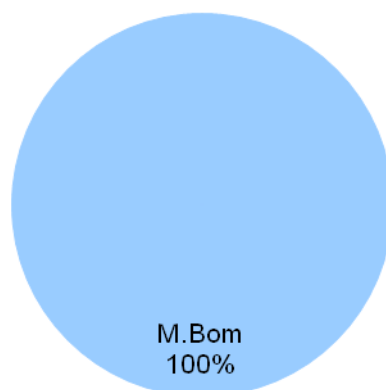
Em termos de pertinência dos conteúdos ministrados a grande maioria dos participantes afirmou terem sido muito pertinentes (88%), e os restantes 12% referiram ter sido pertinentes.

RATIO TEORIA/PRATICA



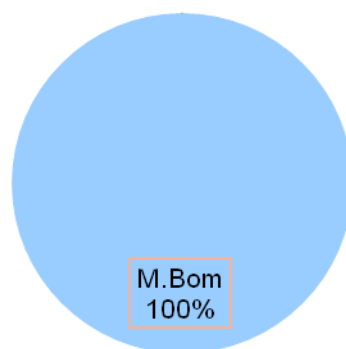
Relativamente á relação teoria/prática, todos os formandos apresentaram satisfação, o que se pode dever-se em parte, ao facto de no final da sessão poderem ter tido a possibilidade de manipular o material de forma a manuseá-lo.

SATISFAÇÃO DAS EXPECTATIVAS



Ao nível da satisfação das expectativas, também aqui todos os participantes demonstraram muita satisfação, o que comprova que a sessão realizada foi ao encontro daquilo que esperavam, o que a meu ver, resultou da auscultação e envolvimento dos próprios profissionais na elaboração da sessão e mais especificamente da norma de actuação.

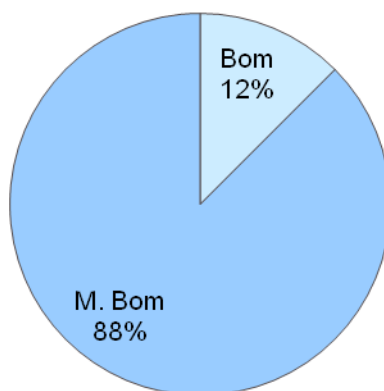
SUPORE BIBLIOGRÁFICO FORNECIDO



Em termos de suporte bibliográfico, todos os formandos concordaram que foi muito boa.

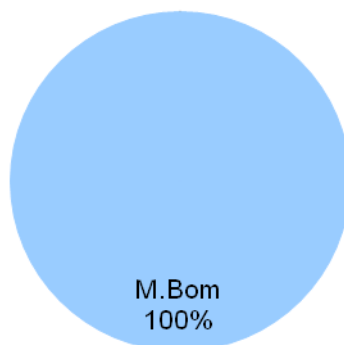
Actuação dos Formadores

ACTUAÇÃO DOS FORMADORES



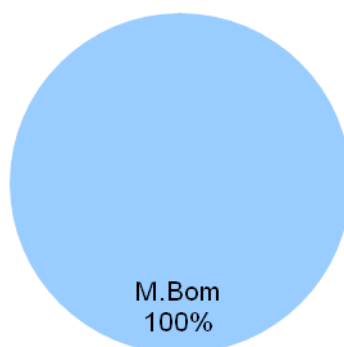
Em termos de actuação dos formadores, a generalidade dos formandos considerou que foi muito boa (88%), e os restantes boa, o que me permite fazer uma boa avaliação da minha prestação enquanto formadora.

DOMÍNIO DOS CONTEÚDOS APRESENTADOS



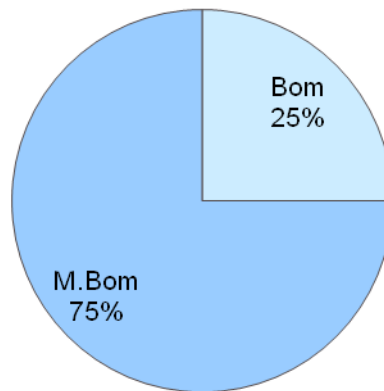
Relativamente ao domínio dos conteúdos leccionados todos os formandos afirmaram ter sido muito boa.

FACILIDADE DE TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS



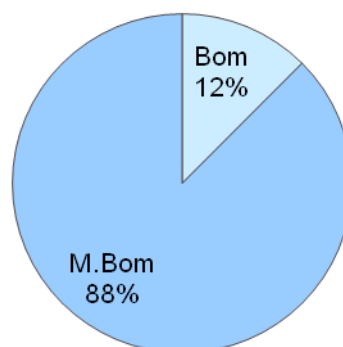
Em termos de facilidade na transmissão de conhecimentos, também a totalidade os participantes afirmaram que foi muito boa.

CLAREZA



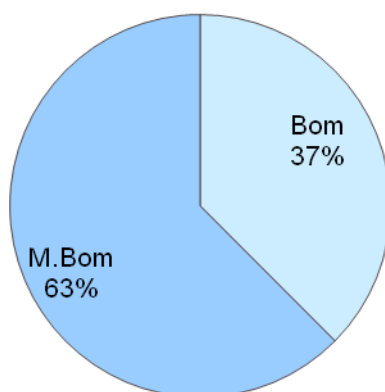
Em termos de clareza do formador, a maioria (75%) dos formandos considerou muito clara a formação, considerando clara os restantes 25%.

CAPACIDADE DE MOTIVAR/DESPERTAR INTERESSE



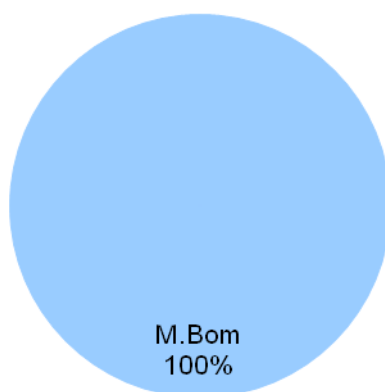
A grande maioria dos participantes (88%) considerou que o formador teve muita boa capacidade para motivar e despertar o interesse e os restantes 12%, boa capacidade.

ASSERTIVIDADE



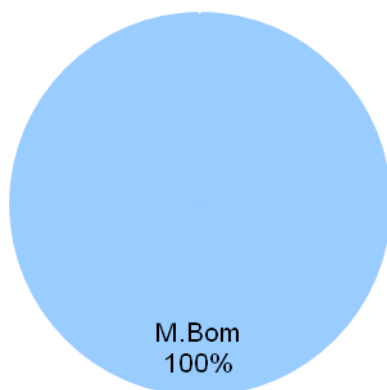
Relativamente à assertividade, 63% dos formandos considerou que o formador foi muito assertivo e os restantes 37% consideraram que foi assertivo.

CRIAÇÃO DE BOM AMBIENTE



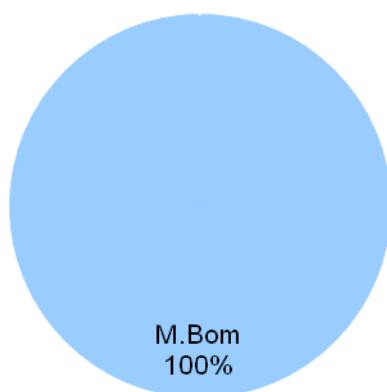
A totalidade dos formandos considerou que foi criado um óptimo ambiente de formação.

INTERESSE NAS DÚVIDAS



Todos os formandos consideraram que o formador foi muito bom em termos de interesse nas dúvidas apresentadas ao longo da sessão.

PONTUALIDADE/ASSIDUIDADE



Também em termos de pontualidade/assiduidade o formador foi considerado de muito bom pela totalidade dos participantes.

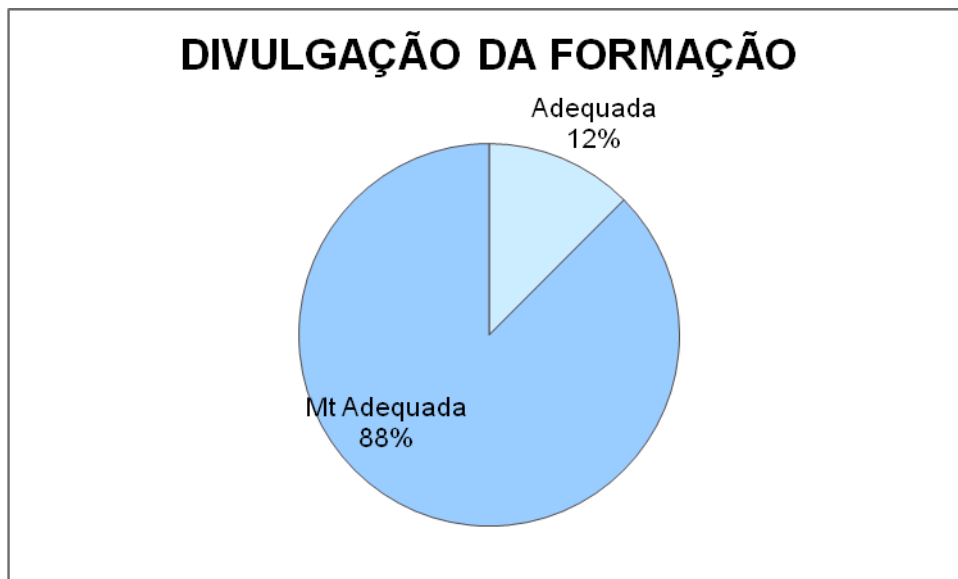
Estrutura/Organização da Formação



Relativamente à duração da sessão, a maioria (88%) dos formandos considerou que foi muito adequada e 12% que foi adequada.

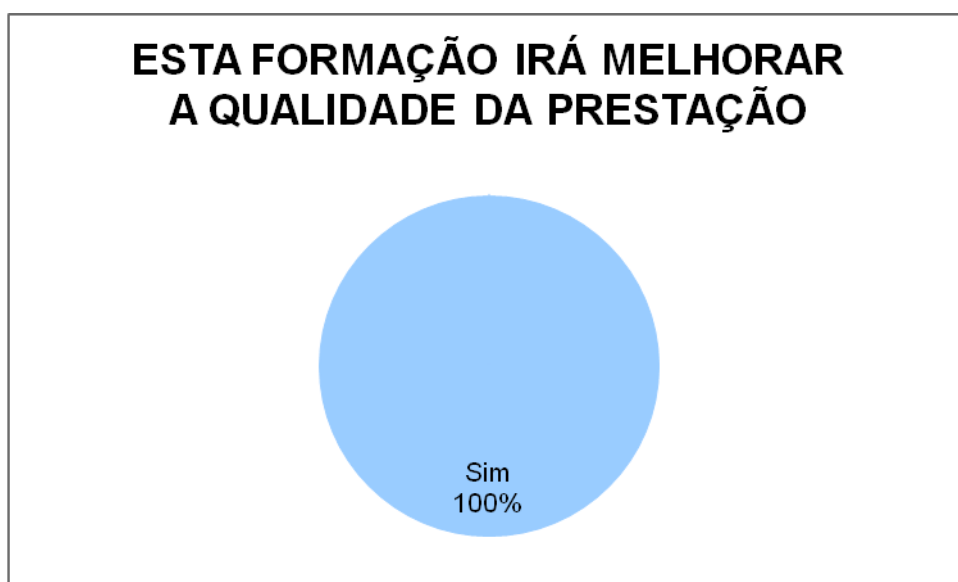


Apesar da qualidade da sala e o equipamento disponível para a formação ser um condicionante externo ao formador, a maioria dos formandos considerou muito adequada as condições, e os restantes 37% adequadas.



Em termos de divulgação da sessão, 88% dos participantes considerou que a sessão foi muito bem divulgada (88%) e os restantes 12% que foi adequada.

Comentários



Todos os formandos foram unânimes ao afirmar que esta formação contribuirá para uma melhoria da sua prestação em termos de cuidados.

ASPECTOS POSITIVOS



Os principais aspectos positivos destacados pelos formandos prenderam-se maioritariamente com a clareza da apresentação (39%), demonstrando que a linguagem foi adaptada aos destinatários e que a mensagem foi conseguida; a pertinência do tema (33%), que revela que um bom levantamento de necessidades formativas em termos de ir ao encontro daquilo que os profissionais necessitam e consideram relevante para a sua prática e ainda, a capacidade para motivar (17%) e a capacidade de síntese (11%), o que traduz um momento de formação agradável e motivador, propício à aprendizagem.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAL D. ESTEFÂNIA – NEONATOLOGIA



Hospital de Dona Estefânia

MÓDULO II – NEONATOLOGIA

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

27 DE OUTUBRO A 19 DE NOVEMBRO DE 2001

O Hospital de Dona Estefânia (HDE) foi inaugurado a 17 de Julho de 1877, estando o seu nome ligado à Rainha Dona Estefânia. Era seu desejo mandar construir um hospital pediátrico para albergar as crianças pobres, orfãs e carenciadas que se encontrassem doentes. A sua morte prematura em 1859, não permitiu ver realizado o seu sonho.

D. Pedro V, respeitando a vontade de sua esposa, ordenou a construção desse hospital. Devido a uma doença grave a que não resistiu, não viu as obras terminadas. Foi então no reinado de D. Luís e D. Maria Pia que as obras avançaram, e o hospital ficou concluído.

Apesar de ter sido idealizado como hospital pediátrico, devido à falta de instalações de saúde na época, o HDE começou apenas com uma enfermaria para crianças. Só anos mais tarde se tornou verdadeiramente hospital pediátrico.

O HDE é um hospital central, especializado no atendimento materno-infantil, integrado desde Março de 2007 no Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, sendo a unidade de saúde de referência em pediatria, para a zona sul do país e ilhas. Recebe também crianças dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ao abrigo de um protocolo entre o Estado português e estes países.

De acordo com o Boletim Informativo 191/05 de 06 de Setembro de 2005 (Conselho de Administração, 2005), o HDE tem como missão: Prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à Criança e à Mulher; Assegurar a formação pré-graduada e pós-graduada de acordo com padrões da mais elevada qualidade e promover a investigação; Desenvolver formas de ligação do Hospital com a Comunidade facilitando a acessibilidade aos seus recursos e o desenvolvimento de complementaridades e parcerias no interesse dos doentes; Intervir na Sociedade na promoção e defesa dos direitos da Criança e da Mulher e participar em redes e projectos internacionais na área da Criança e da Mulher, nomeadamente nos domínios científicos (cfr Anexo V).

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) localiza-se no piso 1 do Edifício principal do HDE e pertence ao Departamento de Urgência/Emergência, a par com a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e com o Serviço de Urgência Pediátrica.

O Departamento de Urgência / Emergência tem como filosofia: Promoção da qualidade assistencial na perspectiva do melhor serviço prestado à comunidade; Dialogo e decisão por consenso com a participação colegial dos assessores da direcção; Obediência à legislação vigente, respeitando os princípios da deontologia, da ética profissional, da hierarquização das funções e da educação cívica.

A partir desta filosofia foram estabelecidos os objectivos para este Departamento: Prestação de assistência a crianças desde o nascimento até aos 16 anos, na perspectiva da melhor qualidade possível de serviço à comunidade; Ensino Pré-graduado de Pediatria na perspectiva

do protocolo estabelecido entre a Faculdade de Ciências Médicas da UNL e do HDE; Ensino Pós-graduado que compreende a especialização, a qualificação e diferenciação através dos internatos médicos, ciclos de estudos e a formação profissional contínua quer de médicos, enfermeiros e de outros profissionais; Investigação Clínica aplicada, sendo desejável que seja incrementado intercâmbio com Departamentos de Ciências Básicas da UNL.

A prestação de cuidados ao recém-nascido/ família é individualizada, aplicando a metodologia científica baseada no modelo prático de Nancy Roper. O método de trabalho é o de Enfermeiro responsável.

A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela Enfermeira-Chefe ou por quem a substitua (chefes de equipa).

Nas salas de cuidados intermédios ficam em cada turno 2 ou 3 Enfermeiros e em cuidados intensivos ficam em cada turno 3 ou 4 Enfermeiros, consoante a lotação da sala, a experiência do Enfermeiro e a estabilidade de cada RN.

Os recém-nascidos admitidos na UCIN pertencem à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Zona Sul do País, Açores e Madeira.

A entrada na Unidade é realizada a maior parte das vezes por transferência do bloco de partos, mas podem ser transferidos de outros Serviços do Hospital, de outras unidades Hospitalares transportados pelo INEM ou vindos pelo Serviço de Urgência.

As patologias mais frequentes são: patologia Infecciosa (bronquiolites, SDR, pneumonias, sépsis); malformações Congénitas (hérnia diafragmática, atresia do esófago, onfalocelo, gastrosquisis, atresias intestinais, mielomeningocelo); prematuridade; síndromes poli-malformativas e malformações cardíacas.

A maioria dos pais permanece no período diurno junto do seu filho, interagindo com ele. Após a melhoria do RN, este sai da Unidade com alta para o domicílio, ou transferido para o Hospital ou Serviço de origem, sempre com uma carta de alta ou transferência, permitindo a continuidade dos cuidados.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAL D. ESTEFANIA

UCIN



CERTIFICADO CONFERÊNCIA

“ APENAS 10 PASSOS PARA SER AMIGO DOS BEBÉS”



Comissão Nacional Iniciativa
Hospitais Amigos dos Bebés

CERTIFICADO

Certifica-se que

Mara Alexandra Mateus Lourenço

participou na Conferência

“Apenas 10 Passos para ser Amigo dos Bebés”

que se realizou em Lisboa a 7 de Outubro de 2010.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Manuel Pina", written over a horizontal line.

Manuel Pina
Presidente do
Comité Português para a UNICEF

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "António Honrado Lucas", written over a horizontal line.

António Honrado Lucas
Comissão Nacional
Hospitais Amigos dos Bebés

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAL D. ESTEFANIA

UCIN



GUIÃO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. O que é um Banco de Leite Humano?
2. História do banco de Leite
3. O Banco de Leite está a funcionar desde quando?
4. Como é constituída a equipa responsável pelo Banco de Leite humano?
5. Que critérios são determinantes para a selecção das mães dadoras de leite?
6. Como é feita a recolha?
7. A que processos é submetido o leite? (O que é a pasteurização). Que segurança oferece o leite de dadora pasteurizado?
8. Como é feito o armazenamento? Quanto tempo fica guardado o leite, a que temperatura, etc?
9. Critérios de selecção para receber o leite e as suas vantagens e desvantagens?
10. Actualmente o banco apenas providencia leite às crianças da Maternidade Alfredo da Costa ou já estendeu a sua actuação a outros hospitais? Como as outras Unidades podem solicitar o leite?
11. Cuidados com o leite para posterior administração à criança? (quando as unidades recebem o leite tratado, como proceder, como descongelar, aquecer...)
12. As mães costumam colocar reservas ao uso de leite materno de outra mãe?

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAL D. ESTEFANIA

UCIN



RELATÓRIO DA ENTREVISTA E VISITA AO BLH

História dos Bancos de leite Humano

- ❑ 1909 - Áustria 1º
- ❑ Década 30 - Brasil - Implementação PNIAM ---- tem actualmente a maior rede nacional de bancos
- ❑ 1939 - Estados Unidos e Inglaterra --- antes da II Guerra Mundial
- ❑ Finais 80 - muitos encerraram --- receios CMG e HIV
- ❑ 1990-2000 - Valorizados
- ❑ Actualmente: Conhecimento do processo de congelação e pasteurização do leite
- ❑ Em Portugal: 1as dadoras foram admitidas em Julho de 2009
- ❑ Agosto foi recebido o 1º leite e efectuada a 1ª pasteurização
- ❑ Desde então: pasteurizações quase todas as semanas, de 2 a 3l

O que é um Banco de Leite Humano?

Um Banco de Leite Humano é um centro ou departamento especializado, habitualmente em interdependência directa de uma ou mais Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, que tem por **objectivo** a promoção do aleitamento materno e a recolha, processamento, controlo e distribuição de leite de dadoras saudáveis.

A actividade do Banco de Leite Humano não tem fins lucrativos (doação voluntária e gratuita), sendo gratuito o processo de doação do leite, assim como a sua distribuição após prescrição médica.

O Banco de Leite está a funcionar desde quando?

As primeiras dadoras foram admitidas em Julho de 2009. Em Agosto foi recebido o 1º leite e efectuada a 1ª pasteurização (cerca de 3 litros de leite).

Desde então têm-se efectuado pasteurizações quase todas as semanas, de 2 a 3 litros de leite cada (a capacidade máxima do pasteurizador é de 7,5 litros por ciclo de pasteurização).

Como é constituída a equipa responsável pelo Banco de Leite humano?

A equipa é constituída por: médico pediatra (neonatologista), médico bacteriologista, enfermeiras do Espaço Amamentação, técnicas do Serviço de Patologia Clínica, contando ainda com o apoio dos neonatologistas séniores, imuno-hemoterapia, imunologia,

enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, Serviço de Esterilização, entre outros profissionais da MAC.

Em que situações é utilizado o Leite Humano Pasteurizado, as suas vantagens e desvantagens?

O Leite Humano Pasteurizado é primordialmente utilizado na **nutrição de recém-nascidos muito prematuros ou com doenças do aparelho digestivo, quando não há leite da própria mãe ou este é em quantidade insuficiente**. As situações são avaliadas caso a caso e é feita uma adequação entre as características do bebé e as propriedades do leite. Por exemplo, a um bebé que necessite de uma ganho ponderal rápido será administrado um leite mais calórico, mais rico em gordura. Por outro lado, caso haja muito leite disponível poderá ser administrado leite ao bebé até às 34/35 semanas, o que não acontecerá na presença de um stock reduzido, de forma a abranger um maior número de bebés. Obviamente, estas decisões dependem sempre do stock de leite existente.

Que critérios são determinantes para a selecção das mães dadoras de leite?

- Amamentação bem estabelecida (parto 1-2 sem e - de 6 meses)
- Mãe a amamentar de modo exclusivo o próprio filho (não desmame/sem prejuízo para o bebé)
- Bebé com boa evolução estado-ponderal e noção de excedente de leite
- Saudável
- Não fumadora
- Não consumidora habitual de medicamentos nem produtos de ervanária,
- Sem hábitos ou comportamentos de risco
- Boas condições higiénicas no domicílio, acesso fácil a congelador (combinado ou arca)
- Aceitar as regras e procedimentos do Banco de Leite da MAC (onde se inclui a realização periódica de análises de sangue)

Como é feita a recolha de leite?

A 1ª recolha é feita no Espaço Amamentação, aquando da visita da possível dadora ao local, onde lhe são transmitidos os cuidados necessários para a manipulação do leite, de forma a garantir a sua qualidade.

Posteriormente, a extracção é feita com bomba eléctrica em casa da dadora, após a amamentação do próprio filho, para recipientes esterilizados especiais de plástico. O leite fica congelado em sua casa (onde fica também um termómetro registador digital “logger”) até ser recolhido por uma empresa que o transporta periodicamente para o Banco de Leite da MAC, sob estrito controlo de temperatura e higiene.

Que segurança oferece o leite de dadora pasteurizado? O que é a pasteurização? A que controlos é submetido o leite de dadora?

O leite humano de dadora, pasteurizado, oferece uma segurança igual ou superior à das transfusões de sangue e seus derivados, regendo-se pelos mesmos princípios. A doação é voluntária e não sujeita a qualquer retribuição (pecuniária ou outra). As dadoras são entrevistadas por uma enfermeira, por um médico e respondem a um questionário escrito para rastreio de doenças, hábitos e comportamentos de risco. As análises da gravidez são verificadas e, após algumas semanas de doação, são submetidas a análises de sangue efectuadas pelo Instituto Português do Sangue (iguais às dos dadores de sangue).

O leite é analisado em relação à sua composição (água, lactose, gordura), valor nutricional (lípidos, proteínas, calorias) e conteúdo em bactérias antes da pasteurização, sendo rejeitado o leite com bactérias potencialmente patogénicas ou em quantidade anormal (o leite contém normalmente algumas bactérias inofensivas da pele e dos mamilos das mães).

A pasteurização pelo método Holder consiste no aquecimento do leite a 62,5 °C durante 30 minutos, que destrói os vírus conhecidos e praticamente todas as bactérias, conservando bastantes propriedades biológicas e todas as propriedades nutritivas do leite humano. Após a pasteurização o leite é rapidamente arrefecido até 6°C, novamente submetido a controlo bacteriológico (tem que estar estéril) e congelado novamente a menos 20 °C. O leite pasteurizado é disponibilizado no prazo de 3 meses (máximo 6 meses) após o controlo analítico da dadora (posterior à doação) ser negativo.

O leite é administrado após consentimento informado dos pais dos receptores e mediante prescrição médica. Todo o processo da dadora ao receptor é sujeito a registos que

permitem o controlo de todo o processo, sendo todos os dados conservados de modo seguro e sigiloso, só acessível aos profissionais devidamente credenciados.

Como é feito o armazenamento? Quanto tempo fica guardado o leite, a que temperatura, etc?

O leite depois de pasteurizado é armazenado em arcas congeladoras a uma temperatura de 20°C negativos e conserva-se por um período de 3 a 6 meses.

As mães costumam colocar reservas ao uso de leite materno de outra mãe?

Pelo facto de ser ainda pouco conhecido, naturalmente fazem perguntas. Depois de esclarecidas, na maioria dos casos deixa de haver receios relacionados com o leite humano pasteurizado. Os riscos relacionados com a administração deste leite de dadora são menores que os riscos associados às transfusões de componentes do sangue.

As dadoras são criteriosamente seleccionadas, sendo mães saudáveis e sem comportamentos de risco, a amamentar os seus próprios filhos.

A doação do excesso de leite não lhes trás qualquer benefício, mas antes algum trabalho suplementar, sendo a motivação exclusivamente altruísta, pensando nas mães de bebés prematuros que não têm leite para os próprios filhos. O leite é analisado bacteriologicamente e em relação aos seus componentes nutricionais, antes da pasteurização e controlado também depois de pasteurizado. A pasteurização é um tratamento térmico que destrói bactérias e vírus. Quando não há leite da própria mãe, o leite humano pasteurizado tem vantagens em relação ao leite artificial no que se refere a protecção contra infecções intestinais e tolerância do estômago e intestinos.

Actualmente o banco apenas providencia leite às crianças da Maternidade Alfredo da Costa ou já estendeu a sua actuação a outros hospitais?

Numa 1ª fase o leite das dadoras destina-se aos prematuros das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios da MAC; consoante o stock de leite pasteurizado existente e o bebé em causa, é possível a disponibilização de leite humano pasteurizado a prematuros de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais da área da Grande Lisboa, o que já acontece nomeadamente para o Hospital Amadora Sintra e o Hospital S. Francisco Xavier.

Como solicitar o LP?

Basta o Pediatra enviar um email ao BLH (bancodeleite@mac.min-saude.pt) a solicitar o leite, descrevendo a situação clínica e características da criança. O pedido será analisado. Caso seja aceite é enviado o leite e os documentos necessários:

- ✓ Consentimento Informada aos pais do bebé receptor
- ✓ Folha de registo do leite administrado

Como utilizar o leite pasteurizado enviado pelo BL?

- Descongelar lentamente, colocando o frasco no frigorífico
- Depois de descongelado, agitar o leite, para que os seus componentes se misturem adequadamente;
- Aquecer o leite em banho-maria ou sob água morna corrente (por exemplo, debaixo da torneira, com água corrente)
- Não aqueça no micro-ondas ou ferver o leite

Nota: O leite apresenta-se Congelado e conserva-se da seguinte forma:

-20°C (congelado) --- até à validade

4°C (frigorífico) --- 24h

Temperatura ambiente --- 2h

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL, EPE

HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



ÍNDICE

	Pg.
1. Divulgação da Sessão	2
2. Planificação da Formação	3
3. Apresentação (Diapositivos)	5
4. Avaliação da Formação	16

1. Divulgação da Sessão



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

BANCO DE LEITE HUMANO

Da doação de leite à
administração aos bebés receptores

Sala de Reuniões /UCIN

DATA: 15/11/2010 ÀS 15:20

FORMADORA: Mara Lourenço (ACMEESIP)

DESTINATÁRIOS: Equipa Multidisciplinar

SUPERVISÃO: ENFª MÓNICA BANDEIRAS

2. Planificação da Sessão de Formação

NOME DA SESSÃO

Banco de leite Humano: da doação de leite à administração aos bebés receptores

FUNDAMENTAÇÃO

As estruturas internacionais de saúde defendem que, quando o leite da própria mãe é pouco ou não existe, a melhor alternativa é o LHP de dadoras seleccionadas. Mais do que um alimento, nos bebés prematuros ou doentes, o leite humano actua como um verdadeiro medicamento. Sensibilizar os profissionais para esta alternativa, pode contribuir para a adopção deste prática na UCIN.

LOCAL

Sala de Reuniões da UCIN

DATA

15 de Novembro de 2010

HORA

15.20

DURAÇÃO

40'

DESTINATÁRIOS

Equipa Multidisciplinar

OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO

GERAL

Dar a conhecer à equipa multidisciplinar da UCIN o Banco de Leite Humano existente em Portugal.

ESPECÍFICOS

- ❖ Contribuir para a actualização dos conhecimentos da equipa multidisciplinar da UCIN sobre o BLH;
- ❖ Dotar os profissionais de saúde da UCIN dos conhecimentos necessários para recorrerem a este serviço;
- ❖ Contribuir para uma futura articulação entre a UCIN do Hospital D. Estefânia e o BLH da MAC.

PLANO DA SESSÃO

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR
<ul style="list-style-type: none">- História dos Bancos de Leite- O que é um BLH- Equipa do BLH- Critérios de Selecção das Dadoras- Recolha de leite- Pasteurização do leite- Bebés receptores- Como solicitar o Leite Humano- Pasteurizado do BLH- Como manipular o leite pasteurizado para administrar ao bebé- Discussão/Debate	Activa	Videoprojector Portátil	40'	Mara Lourenço


3. Apresentação



Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE
Hospital D. Estefânia
UCIN

BANCO DE LEITE HUMANO:
Da doação de leite à administração de leite ao bebé
receptor

Mara Lourenço, aluna do 3º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de SIP da UCP
Supervisão e orientação: EESIP Mónica Bandeiras



OBJECTIVO GERAL

- ❑ Dar a conhecer à equipa da UCIN o BLH existente em Portugal.



SUMÁRIO

- ❑ O que é um BL
- ❑ Equipa do BL
- ❑ Selecção das Dadoras
- ❑ Selecção dos Receptores
- ❑ Recolha e armazenamento do leite
- ❑ Processos a que é submetido o leite
- ❑ Como solicitar o leite pasteurizado
- ❑ Como manipular o leite pasteurizado para administrar ao bebé



HISTÓRIA DOS BANCOS DE LEITE

- ❑ 1909 - Áustria 1º
- ❑ Década 30 - Brasil- Implementação PNIAM ---- tem actualmente a maior rede nacional de bancos
- ❑ 1939 - Estados Unidos e Inglaterra --- antes da II Guerra Mundial
- ❑ Final 80 - muitos encerraram --- receios CMG e HIV
- ❑ 1990-2000 valorizados
Actualmente: Conhecimento do processo de congelação e pasteurização do leite
- ❑ Em Portugal: 1ªs dadoras foram admitidas em Julho de 2009
Agosto foi recebido o 1º leite e efectuada a 1ª pasteurização
Desde então: pasteurizações quase todas as semanas, de 2 a 3l.



O QUE É UM BLH

- ❑ É um centro/departamento especializado, habitualmente em interdependência directa de uma ou mais UCIN.

OBJECTIVO

- ❑ Promoção do aleitamento materno
- ❑ Recolha, processamento, controlo e distribuição de leite de dadoras saudáveis
- ❑ Sem fins lucrativos (doação voluntária e gratuita assim como a sua distribuição após prescrição médica).



EQUIPA

- ❑ Neonatologistas
- ❑ Médico bacteriologista
- ❑ Enfermeiras do Espaço Amamentação
- ❑ Técnicas do Serviço de Patologia Clínica

Ainda

- ❑ Imuno-hemoterapia
- ❑ Imunologia
- ❑ Enfermeiros da UCIN e Intermédios Neonatais
- ❑ Serviço de Esterilização
- ❑ Outros profissionais da MAC



ÂMBITO DO BLH

Política de promoção ao Aleitamento Materno ---- Vantagens para o bebé

RN muito prematuro

Leite da própria mãe

LEP



- ↓ 20 x o risco de terem infecções intestinais (enterocolite)
- 46% (quase metade) o risco de infecção generalizada (sépsis)
- 6 x o risco de morte

Leite humano pasteurizado

LEP



- ↓ em cerca de 30% (1/3) o risco de enterocolite
- e em 5x o risco de intolerância alimentar

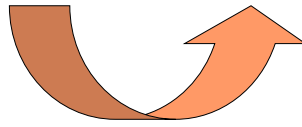
(Ziegler E., 2008)



CIRCUITO DO LEITE

Mães
doadoras

Bebés
receptores



Processamento do Leite



Mães Doadoras

CRITÉRIOS DETERMINANTES PARA A SELECÇÃO:

- ❑ Amamentação bem estabelecida (parto 1-2 sem e - de 6 meses)
- ❑ Mãe a amamentar de modo exclusivo o próprio filho (não desmame/sem prejuízo para o bebé)
- ❑ Bebé com boa evolução estato-ponderal e noção de excedente de leite
- ❑ Saudável
- ❑ Não fumadora
- ❑ Não consumidora habitual de medicamentos nem produtos de ervanária
- ❑ Sem hábitos ou comportamentos de risco
- ❑ Boas condições higiénicas no domicílio, acesso fácil a congelador (combinado ou arca)
- ❑ Aceitar as regras e procedimentos do Banco de Leite da MAC (onde se inclui a realização periódica de análises de sg)



RECOLHA DO LEITE

Bomba eléctrica
após
amamentar
o próprio filho



Recipientes
esterilizados
especiais de
plástico



Congelado
em casa da
dadora

(termómetro registador digital "logger")



Recolhido por uma
empresa que o
transporta
periodicamente para o
BL da MAC

(sob estrito controlo de temperatura e higiene)



QUE SEGURANÇA OFERECE O LEITE DA DADORA PASTEURIZADO?

- ❑ As dadoras são entrevistadas por uma enfermeira, por um médico e respondem a um **questionário escrito**
 - rastréio de doenças
 - hábitos e
 - comportamentos de risco
- ❑ As análises da gravidez são verificadas e, após algumas semanas de doação, são submetidas a análises de sangue efectuadas pelo IPS (às dos dadores de sangue).
- ❑ O leite é analisado em relação à
 - ✓ **Composição** - água, lactose, gordura
 - ✓ **Valor nutricional** - lípidos, proteínas, calorias
 - ✓ **Bacteriologia** - é rejeitado o leite com bactérias potencialmente patogénicas ou em quantidade anormal - o leite contém normalmente algumas bactérias inofensivas da pele e dos mamilos das mães



PASTEURIZAÇÃO



Método Holder

1º

Aquecimento do leite
a 62,5 °C durante 30'

2º

Arrefecido até 6°C e
novamente submetido a
controlo bacteriológico
(tem que estar estéril)

3º

Congelado novamente
a - 20 °C

4º

Fica disponível no
prazo de 3-6 meses
no máximo

(após o controlo analítico da
dadora posterior á doação ser
negativo)



**Bebés
receptores**

**CRITÉRIOS DETERMINANTES
PARA A SELECÇÃO:**

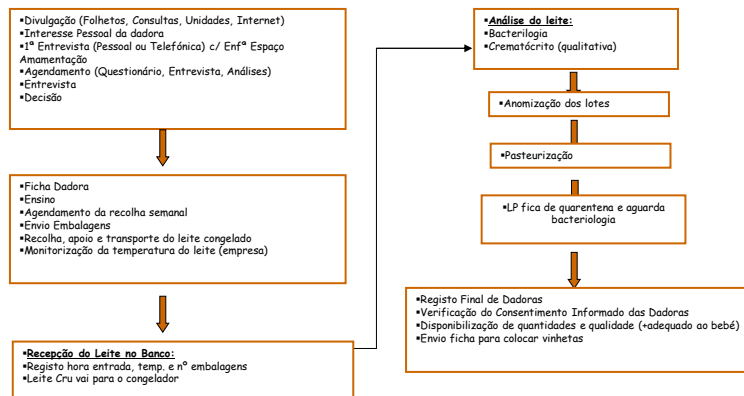
- ❑ RN muito prematuros ---- variável
- ❑ Doenças do aparelho digestivo
- ❑ Mãe com CI para amamentar
- ❑ Mãe sem leite/leite insuficiente
- ❑ Adequação das características do leite como o bebé:



Ex: A um bebé que precisa de aumentar rapidamente de peso será dado um leite com mais gordura, mais calórico



FLUXOGRAMA OPERACIONAL





COMO SOLICITAR O LEITE AO BLH

- ❑ Pediatra envia email ao BLH a solicitar o leite e descrevendo as características da criança

bancodeleite@mac.min-saude.pt

- ❑ Análise do pedido
- ❑ Se aceite -- é enviado o leite e os documentos necessários:
 - ✓ Consentimento Informada aos pais do bebé receptor
 - ✓ Folha de registo do leite administrado



COMO MANIPULAR O LEITE

- ❑ Descongelar lentamente, colocando o frasco no frigorífico ou sobre água corrente morna
- ❑ Depois de descongelado: agitar o leite, para que os seus componentes se misturem adequadamente
- ❑ Aquecer o leite sob água morna corrente ou no "ebulidor"

O Leite Pasteurizado apresenta-se congelado:

-20°C (congelado) --- até à validade

4°C (frigorífico) --- 24h

Temperatura ambiente --- 2h



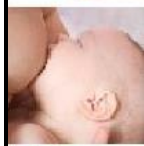
CURIOSIDADES

- ❑ +50% Dadoras tiveram bebés na MAC
- ❑ Neste momento: 10 a 15 litros mês
- ❑ Custo de 80 euros/litro (5 euros só para esterilizar o leite)
- ❑ Hospital S. João também vai ter um BLH



CONTACTOS

- ❑ bancodeleite@mac.min-saude.pt
- ❑ www.mac.min-saude.pt
- ❑ 213 184 030 (DIAS ÚTEIS DAS 8 ÀS 16H)



BIBLIOGRAFIA

http://www.mac.min-saude.pt/pdfs/Banco_de_Leite.pdf

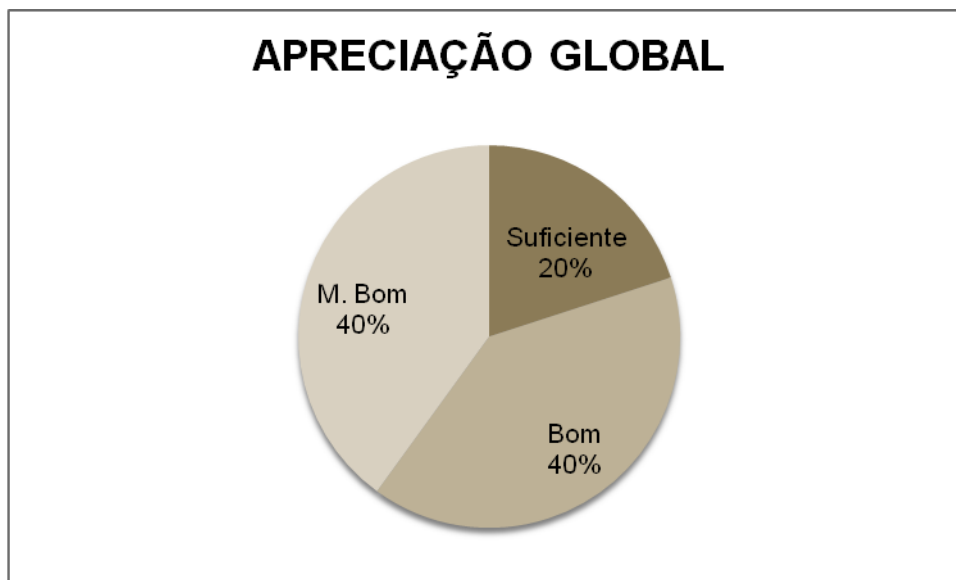
<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/banlei.htm>

AGRADECIMENTOS

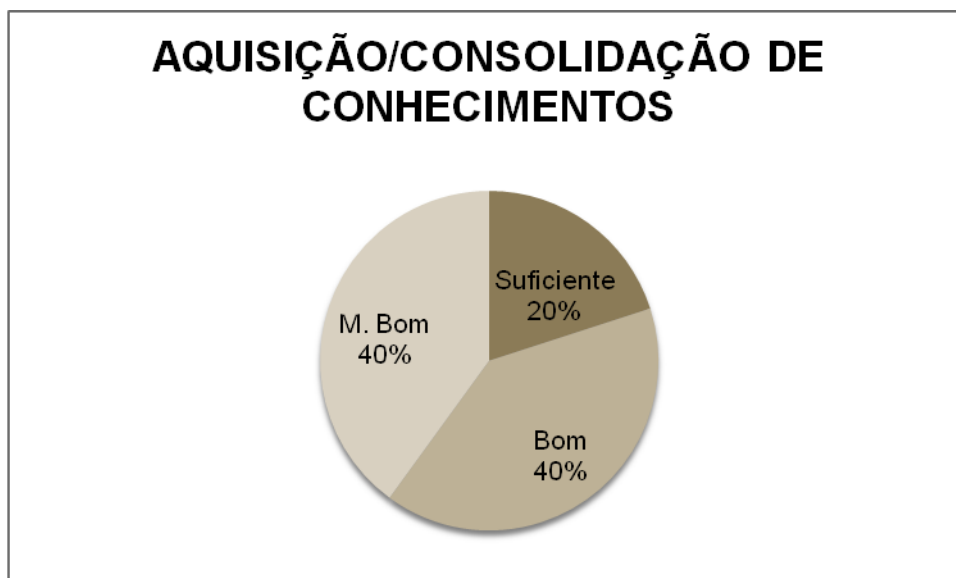
Sr^ª Enfermeira Esmeralda, Enf^ª. Chefe da UCIN da MAC

4. Avaliação

Conteúdo

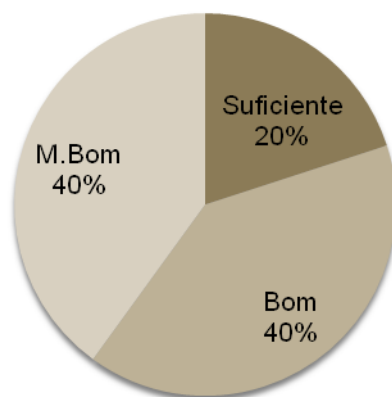


Relativamente à apreciação global da formação, cerca de 40% dos formandos afirmaram ter sido muito boa, assim como boa (40%), e os restantes 20%, ter sido suficiente.



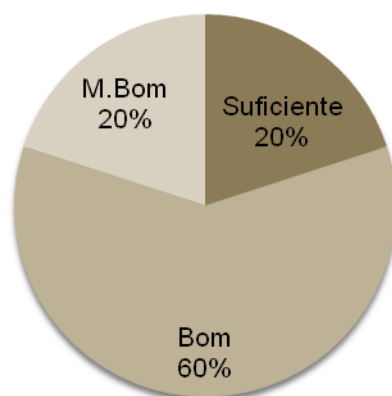
Em termos de aquisição/consolidação de conhecimentos, 40% dos participantes referiram ter sido muito boa, também 40% ter sido boa e apenas 20% ter sido suficiente.

PERTINÊNCIA DOS CONTEÚDOS



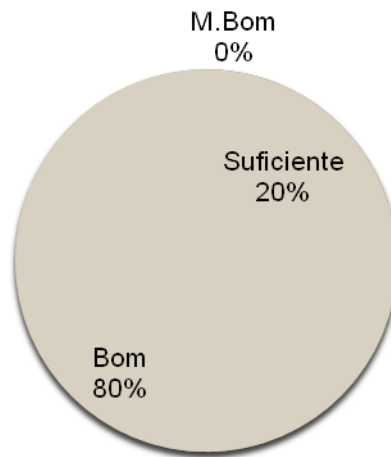
Quando questionamos acerca da pertinência dos conteúdos, 40% dos formandos referiu terem sido muito pertinentes, outros 40% terem sido pertinentes e os restantes 20%, razoavelmente pertinentes, demonstrando um interesse geral da equipa pela temática Banco de Leite Humano.

SATISFAÇÃO DAS EXPECTATIVAS



Ao nível da satisfação das expectativas, 20% dos participantes referiu ter sido muito boa; a generalidade dos formandos, ter sido boa (60%) e outros 20% ter sido suficiente.

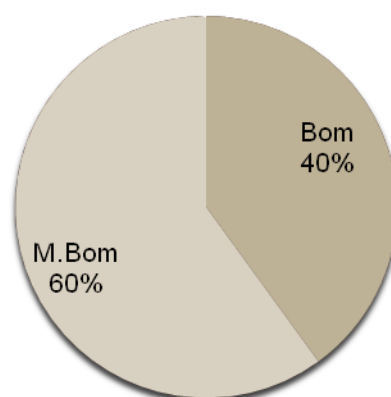
SUPORTE BIBLIOGRÁFICO



Ao nível do suporte bibliográfico fornecido sobre o Banco de Leite Humano existente em Portugal, a grande maioria dos participantes (80%) afirmou ter sido bom, e os restantes 20% ter sido suficiente.

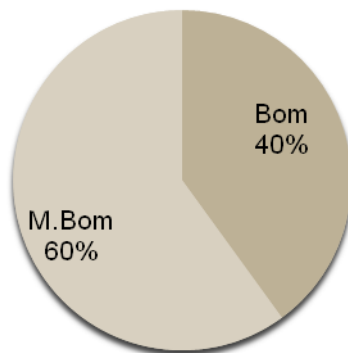
Actuação do Formador

DOMÍNIO DOS CONTEÚDOS



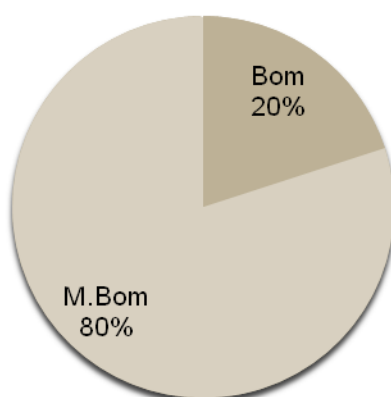
Em termos de domínio do formador sobre os conteúdos ministrados, a grande maioria dos formandos referiu ter sido muito boa (60%) e ter sido boa foi referido pelos restantes 40% dos participantes.

FACILIDADE DE TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS



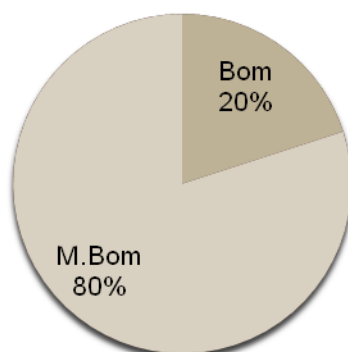
Quando questionados acerca da capacidade de transmissão de conhecimentos, a grande maioria dos participantes (60%) afirmou ter sido muito boa e os restantes 40% ter sido boa.

CLAREZA



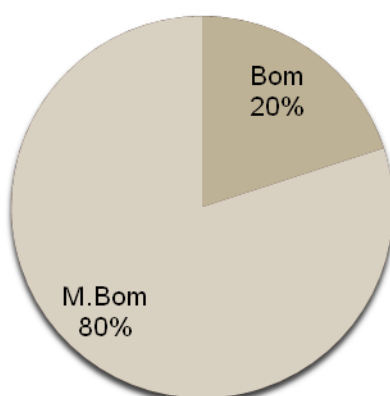
Quanto à clareza na transmissão dos conteúdos a generalidade dos formandos afirmou ter sido muito boa (80%) e os restantes 20% boa.

CAPACIDADE DE MOTIVAR/ DESPERTAR INTERESSE



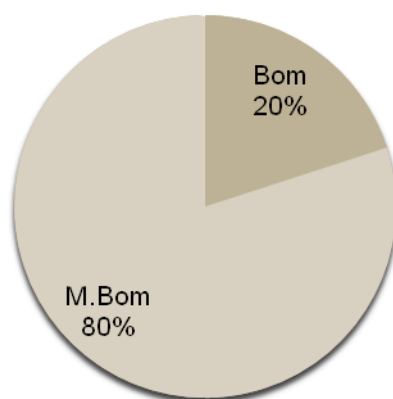
Sobre a capacidade do formador para motivar e despertar o interesse, 80% dos participantes referiu ter sido muito boa e os restantes 20% ter sido boa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS



Relativamente à disponibilidade e capacidade do formador para esclarecer dúvidas, foi unânime em afirmar que foi muito bom (80%) e os restantes 20% que foi bom.

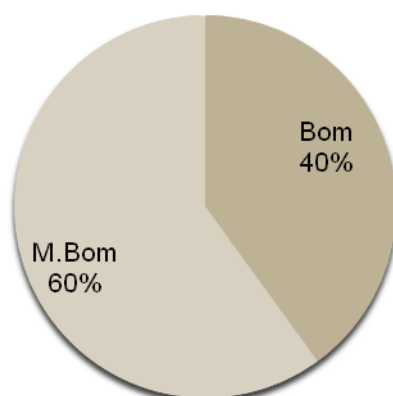
PONTUALIDADE/ASSIDUIDADE



Ao nível da pontualidade e assiduidade do formador, 80% dos formandos afirmaram ter sido muito boa e 20% ter sido boa.

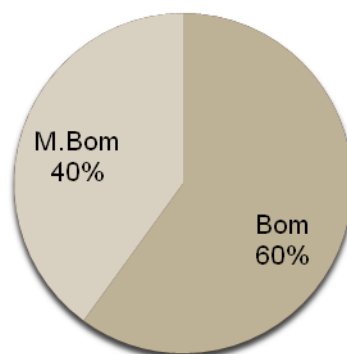
Estrutura/Organização da Formação

DURAÇÃO DA FORMAÇÃO



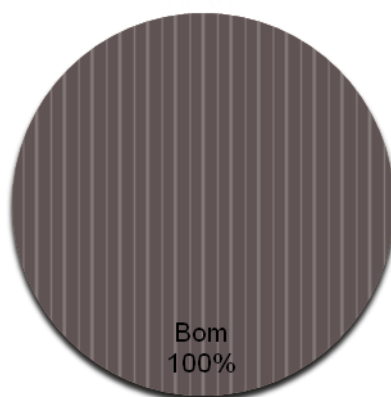
Em termos da duração da formação, 60% dos participantes referiram ter sido muito boa e 40% ter sido boa.

QUALIDADE DA SALA E EQUIPAMENTO



Em termos da qualidade e equipamento da sala, 60% dos participantes afirmaram que foi boa e 40% que foi muito boa.

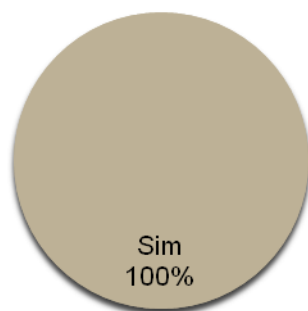
DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO



Todos os participantes foram unânimes em afirmar que a divulgação da formação foi boa.

Comentários

**A FORMAÇÃO IRÁ MELHORAR A
QUALIDADE DA SUA PRESTAÇÃO
DE CUIDADOS**



Também quando questionamos sobre se esta formação irá melhorar a qualidade da sua prestação de cuidados, todos os participantes afirmaram positivamente.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAL D. ESTEFANIA

UCIN



**ESTUDO PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO
NA UCIN**

ELABORAÇÃO: MARA LOURENÇO

ALUNA DO 3º MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA UCP E

CONSELHEIRA EM ALEITAMENTO MATERNO

ORIENTAÇÃO: EESIP MÓNICA BANDEIRAS

DESENHO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

“Prevalência do ALEITAMENTO MATERNO NA UCIN”

FUNDAMENTAÇÃO e PERTINÊNCIA DO ESTUDO

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo. Mas esta prática, transmitida e perpetuada de geração em geração, tem vindo ultimamente a ser substituída por outras práticas, que têm sido desenvolvidas como alternativa à impossibilidade de amamentação.

Os serviços de saúde, mesmo involuntariamente, também contribuem frequentemente para este declínio (PÉREZ-ESCAMILLA et al, 1994), seja por não apoiarem e estimularem as mães a amamentar, seja por introduzirem rotinas e procedimentos que interferem com o normal estabelecimento do aleitamento materno (WHO/UNICEF, 1989).

No caso específico das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, esta realidade é mais evidente. Exemplo disso são a separação das mães e bebés ao nascimento e a primeira mamada tardia, a restrição na frequência e duração das mamadas, o recurso fácil e exagerado a biberões com soro, água açucarada ou chá e o estímulo rotineiro do uso de substitutos do leite materno, a manutenção do recém-nascido em berçários, a distribuição gratuita de tais leites na altura da alta e a aplicação de excessiva anestesia durante o parto (WHO/UNICEF, 1989; BEEKEN E WATERSTON, 1992).

VANNUCHI et al (2004) referem mesmo que se observa pouco o sucesso na amamentação nestes bebés, e com frequência o desmame do peito ocorre mesmo antes da alta do Recém-nascido da unidade neonatal.

No entanto, apesar deste quadro não há motivos para que as mães não façam planos de alimentar os seus bebés, cabendo-nos, profissionais de saúde destas unidades, pensar e desenvolver formas de minimizar esses danos. Até porque, sabemos que é possível as mães manterem a produção de leite até o bebé chegar a casa. É um esforço e requer muito investimento, mas qualquer bebé que começa a vida com a desvantagem de ser prematuro ou ter uma patologia digestiva, por exemplo, precisa dos benefícios do leite materno mais do que nunca.

A organização e as práticas dos serviços que se ocupam dos cuidados de saúde à mãe e à infância têm assim um papel preponderante na promoção e apoio ao aleitamento materno.

O conhecimento da realidade em termos de taxas de amamentação das crianças internadas na unidade, permitirá uma avaliação das intervenções já desenvolvidas na unidade em prol da promoção e apoio ao aleitamento materno e conseqüentemente permitir uma intervenção mais efectiva, ou seja,

adequar estratégias e estabelecer programas de promoção do aleitamento materno mais adequadas. Só com um conhecimento aprofundado do número de mães que amamentam e das razões que levam a um desmame precoce, se poderá vir a estabelecer a melhor estratégia de promoção e apoio ao AM, cujas vantagens são inegáveis.

Contribuir para um aumento da prevalência do aleitamento materno é assim, assegurar os benefícios que essa prática representa a longo prazo para o desenvolvimento imunológico, emocional, nutricional e neurológico dessas crianças.

METODOLOGIA

OBJECTIVO GERAL DO ESTUDO:

- ❖ Avaliar a prevalência do aleitamento materno nos bebês internados na Unidade;

OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Conhecer as causas mais frequentes de abandono do aleitamento materno;
- ❖ Avaliar a relação entre aleitamento materno e tipo de parto, idade da mãe, paridade, experiência em aleitamento materno, escolaridade.

MÉTODO:

Tipo de Estudo: Estudo exploratório, longitudinal, englobando uma população de RN internados na unidade.

Amostra: Será utilizada uma amostra não aleatória, de conveniência, sendo excluídos:

- Grandes Prematuros < 32 semanas e 1500gr .
- Bebês com patologia Cirúrgica.

Instrumento de Recolha de Dados:

A recolha de dados será realizada através do preenchimento de um questionário, em 4 fases: antes da alta da criança, ao 1 mês de vida da criança, 3 e 6 meses. Estes três últimos momentos serão realizados via telefone. O instrumento utilizado foi elaborado com base num estudo semelhante de CALDEIRA et al, realizado no Centro de Saúde Barão do Corvo, em 2003 (ANEXO I).

Consentimento Informado:

Todos os pais dos bebês incluídos no estudo deverão preencher o consentimento informado aquando o internamento, autorizando que os seus dados possam ser utilizados para estudo e contactados nas datas previstas (ANEXOII).

As variáveis em estudo serão:

- ❖ tipo de parto
- ❖ idade da mãe
- ❖ paridade
- ❖ experiência em aleitamento materno
- ❖ escolaridade
- ❖ amamentação à data de alta
- ❖ amamentação ao 1º mês de vida, 3 e 6 meses
- ❖ causa de abandono
- ❖ prescritor de leite de fórmula

Conceitos Chave do Estudo:

Aleitamento materno exclusivo - quando a única fonte de alimentação do bebê foi leite materno, extraído diretamente da mama ou dado por biberão, não tendo recebido outros alimentos.

TRATAMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS:

Os dados deverão ser sujeitos à estatística descritiva e inferencial.

BIBLIOGRAFIA:

ALBUQUERQUE M, OLIVEIRA, G, CUNHA, OLIVEIRA B - Aleitamento materno: a prática hospitalar e o sucesso do aleitamento materno até aos seis meses de vida. *Nascer e Crescer* nº 5, 1996, p.107-11.

BEEKEN S; WATERSTON T - Health service support of breastfeeding: are we practising what we preach? *BMJ*. 1992, p. 285-287.

CALDEIRA et al. - Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. Centro de Saúde de Barão do Corvo. 2003.

LOPES B, MARQUES P - Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. nº 20, 2004, p.539-44.

PÉREZ-ESCAMILLA R, POLLITT E, LONNERDAL B, DEWEY KG. - Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J of Public Health*, 1994, p89-97.

SANDES A. R. et al - Aleitamento materno: prevalência e factores condicionantes. *Acta Pediátrica Portuguesa*. nº 20, 2007, p.193-200.

SARAFANA S. et al - Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*. nº 3. 2006, p. 9-14.

ONSA - Inquérito Nacional de Saúde - Continente 1998-1999. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. Observatório Nacional de Saúde.1999.

VANNUCHI et al - Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno numa unidade de neonatologia. *Rev. Saúde Pública. São Paulo*. vol. 38. nº3. 2004. Acedido em http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034_89102004000300013&script=sci_arttext a 15 Novembro de 2010.

YNGVE A., SJOSTROM M - Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutrition*, 2001, p. 631-645.

INQUÉRITO ALEITAMENTO MATERNO

A PREENCHER NA ALTA

Questionário nº _____

Número de telefone: _____

Contacto telefónico 1ª mês ____/____/____ Ass. _____

3ª mês ____/____/____ Ass. _____

6º mês / / Ass. _____

DADOS DA CRIANÇA

1. Sexo: F () M ()

2. Peso ao nascimento: _____ gr.

3. Idade Gestacional: _____ semanas.

4. Tipo de parto: Eutócico () Cesariana () Ventosa () Fórceps ()

5. Motivo de Admissão:

5.1 Prematuridade ()

5.3 Afixia/ Anoxia ()

5.2 Risco Infeccioso ()

5.4 Hipoglicémia ()

5.5 Recusa Alimentar ()

5.6 Outro _____ ()

6. Iniciou aleitamento materno no Hospital? Sim () Não ()

7. Foi dado outro tipo de alimento ao bebé no Hospital? Sim () Não ()

8. Amamentação exclusiva aquando a alta: Sim () Não ()

DADOS DA FAMÍLIA

9. Idade da mãe: _____ anos

10. Número de filhos (incluindo o actual): 1 () 2 () 3 () >3 ()

11. Amamentou filhos anteriores? Sim () Não ()

12. Estado Civil dos pais:

12.1 Solteiros ()

12.4 Separados/Divorciados ()

12.2 Casados ()

12.5 Viúva/o ()

12.3 União de facto ()

13. Habilitações da mãe:

13.1 Analfabeta ()

13.4 9ªano ()

13.2 4ª Classe ()

13.5 10º a 12º ()

13.3 5ª ao 8ª ano ()

13.6 Curso Superior ()

14. Profissão da mãe: _____

15. Considera-se informada sobre a amamentação?

Muito ()

Suficiente ()

Pouco ()

Nada ()

16. Foi aconselhada a dar peito?

Sim ()

Não ()

17. Quem a aconselhou? (seleccionar uma ou + respostas):

17.1 Médico de Família ()

17.5 Pediatra ()

17.2 Enfermeiro ()

17.6 Curso de Preparação para o Parto ()

17.3 Ginecologista/Obstreta ()

17.7 Familiar ()

17.4 Media ()

17.8 Outro modo _____ ()

INQUÉRITO ALEITAMENTO MATERNO

A PREENCHER NO 1º MÊS DE VIDA

(1º CONTACTO TELEFÓNICO)

DADOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

18. Com quantos dias/meses foi a primeira consulta do seu filho? _____ dias/meses.

19. Onde é vigiado o seu filho?

19.1 Médico de Família ()

19.3 Pediatra, no Consultório ()

19.2 Pediatra, no Hospital ()

20. Está a amamentar? Sim () Não () 20.1 Em exclusivo? Sim () Não ()

SE ESTÁ A AMAMENTAR, VOLTAR A LIGAR AOS 3 MESES.

SE **NÃO**, PREENCHER AS SEGUINTE QUESTÕES.

20.2 Se **NÃO**, quando deixou por completo de dar peito? Aos _____ dias/meses.

21. Porque deixou de dar peito?

21.1 O leite era fraco () 21.7 Não tinha leite suficiente ()

21.2 A criança não aumentava de peso () 21.8 O bebé chorava muito com fome ()

21.3 Por ser prematuro () 21.9 Doença da criança ()

21.4 Doença da mãe () 21.10 Problemas com o peito ()

21.5 Tinha de trabalhar () 21.11 Estava a tomar medicação ()

21.6 Outro ()

22. Quem a aconselhou a dar leite de fórmula?

22.1 A própria () 22.4 Pediatra ()

22.2 Médico de Família () 22.5 Enfermeiro ()

22.3 Farmacêutico () 22.6 Outro _____ ()

INQUÉRITO ALEITAMENTO MATERNO

A PREENCHER NO 3º MÊS DE VIDA

(2º CONTACTO TELEFÓNICO)

DADOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

20. Está a amamentar? Sim () Não ()

20.1 Em exclusivo? Sim () Não ()

SE ESTÁ A AMAMENTAR, VOLTAR A LIGAR AOS 6 MESES.

SE **NÃO**, PREENCHER AS SEGUINTE QUESTÕES.

20.2 Se **NÃO**, quando deixou por completo de dar peito? Aos _____ dias/meses.

21. Porque deixou de dar peito?

- | | | | |
|--------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| 21.1 O leite era fraco | () | 21.7 Não tinha leite suficiente | () |
| 21.2 A criança não aumentava de peso | () | 21.8 O bebé chorava muito com fome | () |
| 21.3 Por ser prematuro | () | 21.9 Doença da criança | () |
| 21.4 Doença da mãe | () | 21.10 Problemas com o peito | () |
| 21.5 Tinha de trabalhar | () | 21.11 Estava a tomar medicação | () |
| 21.6 Outro | () | | |

22. Quem a aconselhou a dar leite de fórmula?

- | | | | |
|------------------------|-----|------------------|-----|
| 22.1 A própria | () | 22.4 Pediatra | () |
| 22.2 Médico de Família | () | 22.5 Enfermeiro | () |
| 22.3 Farmacêutico | () | 22.6 Outro _____ | () |

INQUÉRITO ALEITAMENTO MATERNO

A PREENCHER NO 6º MÊS DE VIDA

(3º CONTACTO TELEFÓNICO)

DADOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

20. Está a amamentar? Sim () Não () 20.1 Em exclusivo? Sim () Não ()

20.2 Se **NÃO**, quando deixou por completo de dar peito? Aos _____ dias/meses.

21. Porque deixou de dar peito?

- | | | | |
|--------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| 21.1 O leite era fraco | () | 21.7 Não tinha leite suficiente | () |
| 21.2 A criança não aumentava de peso | () | 21.8 O bebé chorava muito com fome | () |
| 21.3 Por ser prematuro | () | 21.9 Doença da criança | () |
| 21.4 Doença da mãe | () | 21.10 Problemas com o peito | () |
| 21.5 Tinha de trabalhar | () | 21.11 Estava a tomar medicação | () |
| 21.6 Outro | () | | |

22. Quem a aconselhou a dar leite de fórmula?

- | | | | |
|------------------------|-----|------------------|-----|
| 22.1 A própria | () | 22.4 Pediatra | () |
| 22.2 Médico de Família | () | 22.5 Enfermeiro | () |
| 22.3 Farmacêutico | () | 22.6 Outro _____ | () |

CONSENTIMENTO INFORMADO
ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA UCIN

Exmos. Pais,

A UCIN, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, encontra-se a realizar um trabalho de investigação intitulado “Prevalência do aleitamento materno”, de forma a conhecer a realidade da unidade em termos de taxas de amamentação. Um conhecimento aprofundado da realidade, permitir-nos-á uma intervenção mais efectiva relativamente à amamentação, reestruturado as práticas de cuidar.

Assim, vimos por este meio solicitar a vossa colaboração no sentido de nos ajudar a conhecer a nossa realidade. Isto é apenas um questionário e não um teste, portanto, não existem respostas certas ou erradas, sendo preenchido em 4 momentos chave da vida da criança: aquando a **alta hospitalar, ao 1º mês de vida, 3º e 6º mês**. O primeiro momento, aquando da alta é realizado durante o internamento, os restantes, via telefone.

Caso aceite que o seu bebé seja incluído no estudo e concorde em ser contactado telefonicamente no 1º, 3º e 6º mês de vida do seu bebé, assine. Poderá a qualquer momento, abandonar o estudo.

Atenciosamente
A equipa da UCIN

Lisboa, data, de 2010

Exmo. Sr. (ª). Director (ª) de Enfermagem do Centro Hospital Lisboa Central, EPE

ASSUNTO: Realização de um estudo intitulado “ Prevalência do Aleitamento Materno” na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

A equipa de Enfermagem, da unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital D. Estefânia, vem por este meio, solicitar a vossa excelência, a autorização para realizar o trabalho de investigação intitulado “Prevalência do Aleitamento Materno” através da aplicação de um questionário a todos os pais com bebés internados na nossa unidade, que aceitem, sob consentimento informado, participar no referido estudo.

A realização deste estudo, surge de uma necessidade sentida pela equipa em conhecer a realidade da unidade em termos de taxas de amamentação, sendo a promoção e apoio ao aleitamento materno um foco de atenção e uma prioridade dos prestadores de cuidados. Um conhecimento profundo da realidade permitirá uma intervenção mais efectiva. Os objectivos do estudo são conhecer a prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida das crianças que passaram pela Unidade e identificar alguns factores que contribuem para o desmame precoce.

Sem mais de momento,

Cumprimentos

Atenciosamente
A equipa da UCIN

CENTRO HOSPITALAR TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA



Centro Hospitalar de Torres Vedras

MÓDULO III – INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

22 DE NOVEMBRO A 28 DE JANEIRO DE 2011

O Centro Hospitalar de Torres Vedras (CHTV), foi criado pela Portaria nº1295/2001 de 17 de Novembro, e resultou da integração do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior, hospital centenário, localizado no Barro, com forte tradição no tratamento de doentes do foro pneumológico e da reabilitação, e, o Hospital Distrital de Torres Vedras, hospital geral de agudos, com maternidade e urgência médico-cirúrgica, situado em Torres Vedras. Integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e pertencente ao Sector Público Administrativo, o CHTV tem a sua área de influência nos concelhos de Torres Vedras, Mafra, Cadaval, Sobral de Monte Agraço e Lourinhã, servindo uma população próxima dos 200.000 habitantes. O Centro Hospitalar de Torres Vedras foi criado com o objectivo de melhor rentabilizar os recursos técnicos e humanos das duas Instituições, tendo como propósito prestar cuidados de saúde de qualidade a toda a população da região Oeste Sul. Nesse sentido, queremos partilhar consigo todas as informações que preparamos para si e que desejamos lhe sejam úteis. Dê-nos a sua opinião! As suas sugestões permitem melhorar a nossa organização e a qualidade do serviço que prestamos.

Os antecedentes históricos desta Instituição remontam à criação da Misericórdia de Torres Vedras que surge por alvará do rei D. Manuel I em 1520, por iniciativa da rainha D. Leonor.

A Santa Casa da Misericórdia de Torres Vedras, cuja fachada está ainda presente na edificação actual, nasceu no velho Hospital do Espírito Santo, com apenas duas salas pequenas e com um corpo clínico e de enfermagem próprios, sendo um local sobretudo dedicado ao atendimento de necessitados.

Com o decorrer dos tempos, o Hospital foi aumentando sucessivamente, arrecadando bens de albergarias e confrarias, dando resposta a graves epidemias geradas pelas crises económicas no país. Em 1910, um dos médicos do Hospital da Misericórdia faz uma descrição realista da actividade hospitalar, revelando o estado decadente da Misericórdia, sobretudo nas carências de espaço, no mau atendimento e nos atrasos, de tal forma que, “alguns consideravam preferível morrer em casa ao canto duma parede, do que entrar em tal Hospital” (Célia Reis, cenas da Vida de Torres Vedras, Ed. Município de Torres Vedras, 1999, pág 29).

Em 1907, depois de acordos com a Misericórdia local, a Câmara Municipal decidiu arrendar uma casa contígua ao Hospital para internamentos, suportando a renda. Em 1910, a Comissão de Saúde procurou construir um pavilhão de isolamento com duas enfermarias, junto à Fonte Nova, todavia a primeira pedra só foi lançada em 1926.

Durante o período salazarista o Hospital vivia com subsídios, quer da Câmara Municipal, quer do Estado, mas sempre abaixo das suas necessidades e em 1946, é promulgada a lei n.º 2011, que define uma estrutura hospitalar no país e que o divide em três zonas com regiões com um hospital central, distritais e regionais.

Com o 25 de Abril, o Hospital é nacionalizado e celebra-se um protocolo com a Misericórdia que transforma este hospital em distrital. Sofre progressivas melhorias e celebram-se contratos

com especialistas das áreas de ortopedia, cirurgia, farmácia e laboratório, embora as carências continuassem e o edifício estivesse em permanente deterioração.

As diversas descoordenações com o Governo, fizeram com que a colocação de médicos especialistas fosse dificultada e, só em 1981, depois de muitos pedidos não atendidos, a Direcção Geral das Construções Hospitalares do Ministério das Obras Públicas, aprova o projecto de remodelação e ampliação do hospital. As obras iniciam-se no ano seguinte.

Missão

O CHTV presta cuidados de saúde diferenciados em regime de ambulatório e internamento, de qualidade, em tempo útil, a custos socialmente comportáveis, numa perspectiva de eficiência e eficácia, promovendo a melhoria contínua, o desenvolvimento profissional e a satisfação dos seus colaboradores. Sem prejuízo do disposto no número anterior, a missão do CHTV revela-se ainda na participação no ensino e formação de pessoal técnico de saúde e no desenvolvimento de linhas de investigação clínica e de gestão hospitalar.

Valores

No desenvolvimento da sua actividade, o CHTV e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

- a) Qualidade – Procurando a excelência na prestação de cuidados, utilizando tecnologias modernas, num ambiente seguro, atractivo e humanizável;
- b) Ética e responsabilidade social – Advogando os mais elevados princípios de conduta em todas as acções e decisões, como base para o compromisso e confiança pública;
- c) Personalização e privacidade – Procurando responder às necessidades dos utentes, com respeito pela privacidade e encorajando a sua participação no processo de decisão;
- d) Desempenho – Utilizando os recursos da comunidade com eficiência e eficácia;
- e) Inovação – Incentivando e premiando a exploração de novas ideias e o desenvolvimento de novas actividades.

Serviço de Pediatria

O serviço de Pediatria encontra-se localizado no Piso 0 do CHTV. É constituído por três unidades: A Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e a Unidade de Internamento, com valências do foro médico e cirúrgico (Cirurgia Geral, Otorrino e Ortopedia).

Tem como missão prestar cuidados de saúde globais centrados na família e criança, favorecendo o desenvolvimento harmonioso das crianças e contribuindo assim para que atinjam um novo equilíbrio no seu estado de saúde com qualidade e em tempo útil.

Unidade de Internamento

O serviço de internamento tem uma capacidade máxima de 19 clientes, sendo que 11 camas estão destinadas à pediatria médica, 2 à ortopedia infantil e 6 à cirurgia. No entanto, as vagas são ocupadas consoante as necessidades existentes.

Estas camas estão distribuídas por 7 salas, existindo ainda uma sala de brincar/lazer para as crianças, uma sala de trabalho, uma sala de tratamentos, uma sala de reuniões, um gabinete médico e outro de enfermagem, uma copa e quatro casas de banho. Nesta unidade os cuidados são prestados através do método individual de trabalho, ficando cada enfermeiro responsável pelas suas crianças, favorecendo a personalização e a continuidade dos cuidados. Geralmente a equipa prestadora de cuidados é constituída por 3 enfermeiros no turno da manhã e dois à tarde e à noite. Possibilitamos o alojamento conjunto, podendo os pais estarem presentes das 8 as 22h; a partir das 22h apenas um dos acompanhantes pode permanecer. São permitidas visitas das 17 as 20h, uma pessoa de cada vez.

As patologias do foro médico mais frequentes são as pneumonias, as bronquiolites, as gastroenterites e infeções urinárias baixas e pielonefrites. Na área cirúrgica, as fimoses para circuncisão, as apendicectomias e eventualmente as herniorrafias. Na ortopedia os procedimentos cirúrgicos mais frequentes são os calcâneos stop, as epifisiodeses e reduções e imobilizações de fracturas. Ainda, as luxação congénitas da anca para tratamento em leito de Morel previamente à colocação de gesso.

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA



Projecto

“Cantinho da Amamentação”

Elaboração: MARA LOURENÇO

Mestranda do 3ºCurso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP

Enfermeira do Serviço de Pediatria do CHTV e Conselheira em Aleitamento Materno

Orientação: EESIP Marta Gaio

Torres Vedras, Janeiro de 2011

PROMOÇÃO, APOIO E SUPORTE AO ALEITAMENTO MATERNO
PROJECTO “Cantinho da Amamentação”

ÍNDICE

	PAG.
0. INTRODUÇÃO.....	2
1. A AMAMENTAÇÃO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA.....	5
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	8
3. POPULAÇÃO ALVO.....	9
4. OBJECTIVOS.....	10
5. ACTIVIDADES E RECURSOS.....	11
6. NOTAS FINAIS.....	13
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14

0.INTRODUÇÃO

É consensual entre a comunidade científica que *“a nutrição é a pedra angular dos cuidados de saúde, sendo (...) o estado nutricional um dos melhores indicadores de saúde, particularmente na criança, já que o seu crescimento e desenvolvimento está em grande parte condicionado pela sua alimentação”* (LEVY 1994, p.191), por isso, o aleitamento materno é sem dúvida a melhor forma de alimentação da criança, sendo um factor de impacto indiscutível na sua saúde.

Desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu as Metas de Saúde para Todos no ano 2000, que se enfatiza a nível mundial *“(...) a enorme importância do aleitamento materno, em assegurar às crianças um verdadeiro seguro de saúde e de desenvolvimento, constituindo a sua promoção uma prioridade mundial”* (LEVY 1994, p.191). A mesma organização considera que as práticas ideais de amamentação incluem a amamentação exclusiva (leite materno sem nenhum outro alimento ou líquido) nos primeiros seis meses de vida, seguidos do leite materno com alimentos complementares até pelo menos aos 2 anos de idade.

Mas na realidade esta situação não se verifica. Estudos realizados em Portugal, comprovam o “abandono” precoce da amamentação, contrariando as metas e objectivos propostos pelas estruturas de saúde nacionais e internacionais.

Segundo dados da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, em 1985, *“(...) a prevalência do aleitamento materno em Portugal era de 95% à nascença, ao mês [de vida] de 50%, aos 3 meses de 33% e aos 6 meses de 11%”* (LEVY, 1994, p.193).

Um estudo efectuado no Serviço de Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta em 1994, para avaliar a prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida, constatou que 85,6% das mães amamentaram até ao primeiro mês de vida, 41,8% até aos três meses e apenas 22,2% até ao sexto mês de vida (GOMES e ROCHA, 1998, p.63).

Um estudo de LEVY e BÉRTOLO, concluiu que *“(...) quase metade das mães desiste de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte (...) não consegue cumprir o seu projecto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação”* (2002, p.7).

Também o estudo “Uma observação sobre o aleitamento materno”, indica que só 22% das mães amamentam em exclusivo e apenas até aos três meses (ONSA 2003, citado por PORTUGAL, 2004a, p.54).

Numa perspectiva Mundial, e apenas a título ilustrativo, tendo como referência um estudo realizado no âmbito da região europeia da OMS, Portugal estaria eventualmente numa posição intermédia/baixa na ordenação de alguns países europeus, segundo a prevalência do aleitamento materno nas crianças até aos 3 meses de idade, inclusive (WHO, 1991). É importante no entanto salientar que as comparações acerca da prática do aleitamento materno em diferentes países não possam ser lineares atendendo a diversos factores.

Segundo a OMS/UNICEF (1993), o abandono precoce do aleitamento materno deve-se a comportamentos relacionados com alguma dificuldade das mães em amamentar por:

- ❖ Acreditarem que não têm leite suficiente;
- ❖ Falta de apoio/ajuda;
- ❖ Trabalharem fora de casa e não saberem como manter a amamentação;
- ❖ **Os serviços de saúde não promoverem e apoiarem adequadamente a amamentação.**

Esta realidade, levou em 1989, a OMS e a UNICEF a lançarem uma declaração conjunta denominada Declaração de INNOCENTI, para Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis. Para estas organizações " (...) *as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e recém-nascidos, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação*" (1989, p.4), pelo que cabe aos profissionais de saúde dos serviços materno infantis liderar um processo para manter ou restabelecer se necessário, uma cultura do aleitamento materno.

Nesta declaração, estão relatados os 10 passos/medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno, conhecidos como as dez medidas para um aleitamento materno com sucesso.

Em 1991, estas mesmas duas organizações, na sequência da Cimeira Mundial para a Infância, lançaram um programa mundial intitulado iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés*, a ser implementada nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos (Serviços de Obstetrícia e Pediatria dos Hospitais e Centros de Saúde), cujos objectivos específicos são a promoção, a protecção e o apoio ao aleitamento materno, intervindo nos condicionalismos hospitalares para a amamentação, adoptando práticas e rotinas que favorecem o aleitamento e capacitando os profissionais de saúde para proteger, promover e apoiar correctamente a amamentação.

Em Portugal, em Maio de 1992, foi criada em a *Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Entre as diversas actividades realizadas incluem-se a divulgação das dez medidas nos estabelecimentos de saúde com maternidade; a realização de vários cursos de formação em aleitamento materno em hospitais e maternidades e a edição e divulgação de um *Manual de aleitamento materno*.

Mais recentemente, em 2004, foi criada a Associação de Aleitamento Materno (MAMA MATER), uma associação sem fins lucrativos cujos objectivos passam por contribuir para aumentar a taxa de Amamentação em Portugal; contribuir para a implementação dos "Cantinhos da Amamentação", ligar em rede todos os Centros de Saúde / Serviços com "Cantinho da Amamentação"; criar uma base de dados Nacional da rede de serviços de apoio específico e apoiar grupos de consultoras domiciliárias, entre outros.

Sedeados em diferentes Unidades de Saúde os " *Cantinhos da Amamentação asseguram desde 1999, uma disponibilidade diária para o acompanhamento presencial de dificuldades na amamentação (...)*" disponibilizando apoio diário em tempo real (...)." (DGS, 2010).

O Ministério da Saúde, no Plano Nacional Saúde - Orientações Estratégicas para 2004-2010, nas suas orientações relativas a "*nascer com saúde e crescer com segurança*", alerta para a importância que deve ser dada ao aleitamento materno, e encara esta medida como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais (p.28).

Ainda o documento Plano Nacional de Saúde – Prioridades para 2004-2010 – Mais Saúde para Todos, define um período de 6 meses de duração do aleitamento materno como meta prioritária para 2010.

A amamentação é ainda definida como um foco da prática de Enfermagem (ICN, 2010), sendo o número de crianças alimentadas com leite materno até aos três meses de vida, um indicador de qualidade apresentado pela Ordem dos Enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004).

Recentemente (2010), e dada a importância desta temática, a Direcção Geral de Saúde (DGS) criou o Observatório do Aleitamento Materno, um organismo instalado em alguns "Cantinhos da Amamentação" actualmente existentes nos serviços de saúde, com a função de recolher e disponibilizar dados sobre o aleitamento. Só através de um conhecimento da realidade se poderá planear e intervir de forma efectiva e eficiente.

1. A AMAMENTAÇÃO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA:

O Hospital é um ambiente onde se estabelecem várias relações de características próprias, que podem resultar em sentimentos, atitudes e comportamentos diferentes, dependendo da maneira como cada um enfrenta as situações do quotidiano. A forma de organização do trabalho pode desencadear sofrimento psíquico ou não oferecer vias que permitam aliviar esse sofrimento.

Segundo ALMEIDA (1996, p.40) “acontecimentos ligados às práticas hospitalares (...) durante a estadia da mãe e do bebé no hospital, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno”. Dito de outra forma, muitas instituições sociais e de saúde, fornecem serviços que, muitas vezes, representam obstáculos à iniciação e à continuação do aleitamento materno, e como resultado, nem todas as crianças beneficiam deste início de vida ideal.

SARAIVA (2010, p.140) refere que muitos são os factores decorrentes da hospitalização da criança que podem afectar o aleitamento materno, nomeadamente:

- ✓ *“Afecta a família em várias vertentes: financeira, social, somática, comportamental, vida mental, consciente ou inconsciente;*
- ✓ *Algumas das funções da família passam a ser executadas por profissionais de saúde (enfermeiros), o que afecta os pais no seu amor-próprio, provocando culpabilidade e fazendo-os sentir que a sua influência sobre o filho diminui;*
- ✓ *Sentimentos de exaustão física e mental, incerteza diagnóstica e a preocupação com os outros filhos, que deixaram com a família ou vizinhos, podendo levar a depressões maternas;*
- ✓ *A hospitalização de um bebé interrompe o desenvolvimento do vínculo e cria sentimentos de insegurança, tanto na criança como na mãe. Pode ter efeitos altamente negativos a curto, médio e longo prazo, como aumentar a incidência de abandonos, negligência e maus-tratos;*
- ✓ *A hospitalização da criança implica a separação da família, mesmo que não seja em relação ao pai ou mãe, ela ocorre sempre em relação ao ambiente familiar, físico e afectivo. A mãe necessita de estar junto da criança, para que possa olhá-la, tocá-la, ouvi-la, para estimular o reflexo de ocitocina e ajudar o leite a fluir;*
- ✓ *Os acompanhantes das crianças hospitalizadas estão expostos a muitos factores stressantes que podem desencadear sofrimento. Esses factores estão relacionados com a estrutura física, que não oferece aos acompanhantes as condições necessárias de conforto, e com o relacionamento com a equipa de saúde durante a prestação da assistência. Por vezes, existe falta de infra-estruturas para amamentar e extrair leite materno;*
- ✓ *Os pais sentem medo, ansiedade, frustração e depressão. A frustração pode estar relacionada com a falta de informação ou desconhecimento dos procedimentos, tratamentos, normas e rotinas hospitalares. Sentimentos como a preocupação, as dúvidas e outros podem interferir negativamente no aleitamento materno, dificultando a acção da ocitocina;*

- ✓ *A hospitalização de um filho é geradora de stresse nos pais, pois o hospital é um ambiente estranho, onde os enfermeiros e os médicos muitas vezes falam de forma que os pais não percebem. O stresse físico e psicológico pode alterar a fisiologia da amamentação, quer no processo de ejeção quer na produção de leite. O stress pode suprimir a lactação directamente, inibindo a prolactina e a ocitocina, ou indirectamente, actuando em regiões específicas do sistema nervoso central, activando o sistema nervoso simpático e, periféricamente, actuando no sistema simpático-adrenomedular. Ainda, o efeito do stresse na amamentação é muito complexo, depende da sua duração e do sítio onde actua;*
- ✓ *Durante a hospitalização, os pais geralmente negligenciam as suas necessidades de sono, nutrição e relaxamento, muitas vezes dormem numa cadeira e o sono é frequentemente interrompido pelas actividades dos enfermeiros. O cansaço físico, o sono insuficiente, as contrariedades e as emoções podem interferir negativamente na libertação da ocitocina, com consequente défice de ejeção de leite;*
- ✓ *No hospital as crianças são frequentemente portadoras de problemas de saúde graves, que podem interferir com a sua capacidade de olhar, agarrar, mamar ou chorar".*

(SARAIVA, Helena - Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção, 2010, p.140)

Para a autora acima citada, para a promoção/apoio ao aleitamento materno durante a hospitalização, é fundamental que o enfermeiro direcione as suas intervenções no sentido de diminuir o nível de stresse, angústia, ansiedade e preocupação dos pais, assim como criar condições para que a mãe amamente. O estabelecimento de uma comunicação eficaz com os pais, família e criança, um acolhimento individualizado e uma participação activa dos pais na equipa de saúde provocará uma diminuição destes sentimentos e emoções, melhorando as condições para que a mãe possa amamentar a sua criança, mas também:

- ✓ *"Encorajando a mãe a estimular a produção de leite, através da extracção do mesmo, manualmente ou com bomba, para posterior administração à criança por copo, sonda (por gavagem ou debito continuo) ou biberão, quando, por razões clínicas ou outras, relacionadas com a criança e/ou com a mãe, não for possível amamentar;*
- ✓ *Proporcionando um local acolhedor, reservado e calmo para a extracção do leite;*
- ✓ *Proporcionando, sempre que possível, a extracção do leite materno junto do bebé, factor importante para que a mãe o consiga fazer mais facilmente;*
- ✓ *Promovendo, em caso de necessidade, a sucção não nutritiva, que consiste em a mãe esvaziar a mama com a bomba e depois colocar o bebé à mama. Pode ser realizado simultaneamente com a alimentação por gavagem;*
- ✓ *Dando formação aos pais sobre a forma de conservar e descongelar o leite extraído;*
- ✓ *Incentivando o método "mãe canguru" ou o contacto "pele a pele", que aumenta a interacção mãe-filho, de forma a manter e promover o aleitamento materno.*

(SARAIVA, Helena - Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção, 2010, p.143)

Podemos afirmar então, que os profissionais de saúde, especialmente aqueles que cuidam directamente dos bebés e suas famílias, têm aqui um papel fundamental no acompanhamento das mães incentivando e promovendo o aleitamento materno, não só através do aconselhamento/informação, mas também na adopção de práticas que favoreçam o seu estabelecimento e continuação.

Promover e apoiar o aleitamento materno, é assim garantir à criança um desenvolvimento saudável e harmonioso, ao mesmo tempo que contribuímos para o estabelecimento de um vínculo afectivo forte entre a mãe e o bebé (FRANCO e REINOLDS, 2002).

De forma a intervir neste âmbito e melhorar as práticas em torno da amamentação em contexto de hospitalização, decidiu-se implementar o projecto “ Cantinho da Amamentação” no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras (CHTV).

2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Tal como referido anteriormente, o abandono precoce do aleitamento materno deve-se a comportamentos relacionados com alguma dificuldade das mães em amamentar, nomeadamente por:

- ❖ **Os serviços de saúde não promoverem e apoiarem adequadamente a amamentação** (OMS/UNICEF, 1993).

Um estudo de QUATTRONE et al (1995), avaliou o impacto da hospitalização na prática da amamentação entre 108 lactentes, menores de seis meses, num hospital de Buenos Aires, Argentina, Os autores observaram que 60% dos lactentes que eram amamentados no início do internamento, foram desmamados até à alta, dos quais, 42% o fizeram apenas pela hospitalização e não por causas médicas.

Ainda SOUZA et al (2008), através de uma pesquisa com 97 crianças internadas com diagnóstico de infecção respiratória numa Unidade de Lactentes do Brasil, demonstrou uma associação significativa entre a hospitalização e a manutenção da amamentação: factores como limitações físicas do hospital e a ausência de programas de incentivo ao aleitamento materno dificultam a manutenção dessa prática durante a hospitalização de bebés. Neste estudo, aquando a admissão, 57,1% das crianças faziam amamentação exclusiva (índice que pode ser considerado baixo uma vez que a OMS preconiza o aleitamento materno exclusivo para todas as crianças de até seis meses de vida) e que, ao longo do internamento, 35,4% desses bebés interromperam a amamentação exclusiva pela introdução da fórmula láctea no hospital.

CHAGAS (2010) sugere assim um despreparo dos hospitais para apoiar e incentivar a amamentação.

Apesar de sabermos que *“a decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe; o sucesso do aleitamento materno depende dela, do recém-nascido e da intervenção segura e confiante dos médicos e enfermeiros no acompanhamento e apoio à prática da amamentação. Esta vontade colectiva e institucional e uma acção coerente, partilhada e bem aceite por todos, são condições essenciais para o êxito.”* (MOLEIRO et al, 2004, p.113). Ou seja, a capacidade de uma mãe otimizar o aleitamento materno ao seu bebé, depende do apoio que recebe, cabendo aos profissionais de saúde, um papel especial no aconselhamento e apoio prático.

Tomando estes aspectos como ponto de partida, a pertinência desta temática para o crescimento e desenvolvimento das crianças e o facto do CHTV não dispor de uma Política efectiva de Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento, de acordo com a Declaração conjunta da OMS/UNICEF de 1989, a criação de um espaço dinamizado por profissionais habilitados onde mães lactantes possam dispor de aconselhamento e apoio prático em questões relativas à amamentação durante a hospitalização, torna-se fundamental.

3. POPULAÇÃO ALVO

- Pais de crianças amamentadas que frequentam o Serviço de Pediatria;
- Trabalhadoras do CHTV a amamentar.

4. OBJECTIVOS

Este projecto apresenta como **objectivo geral**:

- ❖ Promover, apoiar e suportar o aleitamento materno à criança amamentada.

Os **objectivos específicos** deste espaço são:

- ❖ Facilitar o apoio à mãe que amamenta e que frequenta o serviço de pediatria;
- ❖ Ajudar a mãe a manter a lactação durante a estadia no hospital mesmo que o bebé não possa ser temporariamente alimentado;
- ❖ Esclarecer dúvidas relativas à amamentação;
- ❖ Observar as mamadas para aconselhar/corrigir no que diz respeito à melhor forma de amamentar;
- ❖ Evitar e/ou diminuir o risco de problemas associados à amamentação;
- ❖ Ajudar os pais em situações difíceis que podem surgir no decorrer da amamentação;
- ❖ Promover o desenvolvimento das competências parentais.

5. ACTIVIDADES E RECURSOS

OBJECTIVO	OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJECTO
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promoção, apoio e suporte ao sucesso da amamentação durante a hospitalização através de: <ul style="list-style-type: none"> • Colheita da História de Amamentação; • Observação da mamada, sempre que possível, no sentido de avaliar a pega, a postura e o toque; • Diagnóstico de Enfermagem; • Correção da pega se necessário; • Aconselhamento e/ou Apoio prático em questões relativas à amamentação, problemas associados ou outras situações complexas que podem surgir no decorrer da amamentação; <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização de material necessário para a extracção de leite materno durante a hospitalização de forma a manter a produção de leite, quando o bebé não pode ser amamentado; • Validação do apoio prestado; • Registos no livro de Saúde Infantil e processo da criança para aferição do plano de cuidados; • Registar dados para efeitos estatísticos; • Articulação para os Cuidados de Saúde Primários, sempre que pertinente, para seguimento da mãe e bebé; • Encaminhamento da mãe para o Médico de Família ou Urgência Obstétrica se houver necessidade de tratamento e/ou ajuste de terapêutica.
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chefia do Serviço de Pediatria; ❖ Equipa Multidisciplinar do serviço de Pediatria.
Recursos Financeiros	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Custos da aquisição do material para o "Cantinho da Amamentação"; ❖ Doações dos Escuteiros de Torres Vedras; ❖ Verbas da Associação Pediátrica.

<p>Recursos Físicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Serviço de Pediatria; ❖ Espaço seleccionado para o “ Cantinho da Amamentação”.
<p>Recursos Materiais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Material para o “Cantinho da Amamentação”, nomeadamente: cadeirão, almofadas, balança pediátrica, catre de pediatria, equipamento para extracção mecânica do leite e ficheiro; ❖ Manual de Boas Práticas do “Cantinho da Amamentação”; ❖ Folhetos/panfletos e posters.
<p>Indicadores de acompanhamento e avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aprovação do projecto “ Cantinho da Amamentação”; ❖ Aprovação do Manual de Boas Práticas; ❖ Taxa de abandono da amamentação durante a hospitalização no Serviço de Pediatria <p style="text-align: center;"> Taxa de abandono = $\frac{\text{n}^\circ \text{crianças que deixaram de fazer LM}}{\text{Total crianças amamentadas documentadas}} \times 100$ </p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Taxa de introdução de leite de fórmula durante a hospitalização <p style="text-align: center;"> Introdução LA = $\frac{\text{n}^\circ \text{crianças que introduziram Leite de Fórmula}}{\text{Total de crianças amamentadas documentadas}} \times 100$ </p> <p>* O objectivo é trabalhar todas as crianças amamentadas que fiquem hospitalizadas.</p>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tal como referido anteriormente, a OMS/UNICEF (1993) recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses e a sua manutenção com alimentos complementares até 2 anos de idade. No entanto, sabemos que a maioria das mães começa a dar leite artificial precocemente, a maioria das vezes pela falta de confiança que têm relativamente à qualidade e quantidade do seu leite, ou porque tiveram alguma dificuldade em amamentar.

De acordo com a DGS (1997) a totalidade das mães conhece as vantagens do aleitamento materno e está empenhada em o iniciar. Todavia, e embora 95 % dos bebés à saída da maternidade estarem a ser alimentados de leite materno exclusivamente ou alimentados de forma mista, verifica-se um decréscimo desta percentagem a partir dos 15 dias de vida, motivado por falsos conceitos, relacionados com problemas técnicos, insegurança, receios e stresse (citado por GALVÃO, 2006).

Podemos afirmar então que, o aleitamento materno não é uma opção viável para todos os lactentes. Factores como a hospitalização e a existência de práticas hospitalares que afectam negativamente a manutenção da amamentação contribuem para o desmame precoce fazendo com que nem todas as crianças beneficiam deste início de vida ideal.

Assim, além de aconselhar, o apoio prático na resolução dos problemas que diariamente as mães enfrentam, é uma estratégia fulcral, na medida em que não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Para levar adiante a sua opção, ela precisa estar inserida num ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio de profissionais habilitados a ajudá-la, se necessário.

O “Cantinho da Amamentação” será assim um espaço que reunirá as condições mínimas para as mães darem de mamar, material de apoio e informação. Aqui, num ambiente de privacidade, será feito o aconselhamento às mães, disponibilizando a informação necessária e suficiente para que decidam o que é melhor para si e para os seus filhos, capacitando-as para realizarem o seu projecto de aleitamento ao mesmo tempo que intervimos nos condicionalismos da hospitalização para a amamentação. Com este «cantinho» será possível mostrar às mães, como amamentar e manter a lactação, mesmo quando o seu bebé está doente e necessita ficar internado.

Estamos assim, a contribuir para ganhos em saúde uma vez que beneficia a criança, a mãe, a família e a comunidade.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque d' - O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica. Tese de doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. 1996.

CHAGAS, Catarina - Hospitalização de bebés tem impacto negativo sobre o aleitamento materno. Acedido a 2010-12-10. Disponível em <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1789&sid=9&tpl=printerview>.

DGS - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Acedido a 2010-12-27. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>

FRANCO, L; REINOLDS, P. - Factores associados ao abandono do aleitamento materno pela múltipara. Monografia apresentada no âmbito do curso de complemento de formação em Enfermagem, Funchal, ESESJC, 2002.

GALVÃO, Dulce - Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Loures: Lusociência, 2006. 199p. ISBN 972-8930-11-9.

GOMES, António; ROCHA, Luísa - Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. Coimbra. Saúde Infantil, Vol.20, nº3 (Dezembro, 1998), p. 59-66.

ICN - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão B2. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2010.

LEVY, Leonor. - A alimentação no primeiro ano de vida. Revista Portuguesa de Pediatria. Lisboa. ISSN 0301-147X. Vol 25. nº3 . Maio/Junho, 1994. p.191-204.

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena - Manual do Aleitamento Materno. Portugal: Edição Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2002. 43p. ISBN 96436.

MOLEIRO, A; GOMES, A; NONA, M. - Aleitamento Materno. Consensos Nacionais de Neonatologia. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra, 2004. p 113-116.

OMS - Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra, 1989. ISBN 92806 00419.

OMS/UNICEF - Aconselhamento em Amamentação: Um curso de Treino. Guia do Treinador. Lisboa. OMS/UNICEF, 1993.

OMS/UNICEF - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante. OMS/UNICEF, 1997. 186p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Rede de Cuidados de Saúde Primários: Modelos de gestão dos Centros de Saúde. Revista Ordem dos Enfermeiros, nº 12, Maio, 2004. p. 12-14.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde, 1999. ISBN 972-9425-69-8. 103 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos: prioridades. Lisboa: DGS, 1ºvol. 2004a. 88p. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos: orientações estratégicas. Lisboa: DGS, 2ºvol. 2004b. 216p. ISBN 972-675-110-1.

QUATTRONE F. Dell Oso et al - Abandono de la lactancia como consecuencia de la internación pediátrica. Rev. Med Infant. nº2. 1995. p.97-9.

SARAIVA, Helena - Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção. Lidel Edições Técnicas, Lda. Abril 2010. ISBN: 978-972-757-659-3.

SOUZA, Edna L. et al - Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 24. nº5, 2008, p.1062-1070.

UNICEF - Situação da amamentação no mundo dos anos 90. Acedido a 2010-12-06. Disponível em <http://www.aleitamento.org.br/indices90.htm>

WHO - Indicators for assessing breastfeeding practices. Genebra. World Health Organization, 1991.

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE INTERNAMENTO

INFORMAÇÃO RESULTANTE DO CONTACTO COM A MAMAMATER



REQUISITOS DE INSTALAÇÃO



MAMA MATER- ASSOCIAÇÃO

Rua Elias Garcia, 1057

2775-218 Parede

Tel. 214532019

e-mail: geral@mamamater.org; parede@srslisboa.min-saude.pt

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

Proposta para instalação

Para a instalação do “Cantinho da Amamentação” num Centro de Saúde (ou Hospital), a Mama Mater solicita que seja analisada a seguinte relação das condições e materiais sugeridos para o funcionamento desta unidade de ajuda às mães que amamentam.

Em relação ao espaço:

- Que se situe numa zona calma do Centro de Saúde (ou Hospital), sem muito ruído e/ou circulação (quando possível);
- Que possua iluminação natural abundante, regulável (com cortina ou estore) de modo a evitar a luz intensa e o sobreaquecimento no Verão e garantir a quantidade suficiente para uma boa utilização do espaço no período do Inverno, propondo-se uma orientação da sala Nascente ou Poente (quando possível);
- Que (se necessária), disponha de luz artificial indirecta, e não lâmpadas de tecto.
- Que disponha de um lavatório.
- Que ofereça aos utentes sensações de tranquilidade e harmonia, nomeadamente no que diz respeito às cores aplicadas e/ou à disposição/decoração do mobiliário, preferencialmente minimalistas.

Em relação ao mobiliário:

- 1 ou mais Cadeiras de preferência reclináveis, ou uma cadeira ou cadeirão que forneça apoio aos braços e costas da mãe.
- 1 Banqueta ou equivalente para apoio dos pés, se o cadeirão ou cadeira não forem reguláveis em altura;
- 3 ou 4 cadeiras para interventores ou familiares das mães;
- 1 “Catre pediátrico” ou similar p/ muda dos bebés;
- 1 Armário pequeno, com portas, para arrumação do material esterilizado e eventualmente da extractora de leite;

Em relação ao equipamento:

- 1 Tabuleiro inox para “sujos”, com aproximadamente 40x30x10 cm;
- 1 Caixote do lixo com tampa, para fraldas descartáveis;
- 1 Caixote do lixo com tampa, para papéis;
- 1 Caixote do “lixo” com tampa, para resguardos de pano sujos;
- 10 Resguardos de pano;

Em relação ao equipamento: Opcional

- 1 Máquina Extractora Eléctrica
- 5 Conjuntos individuais de recolha de leite, para a máquina; esterilizáveis em autoclave;
- 10 Copinhos de plástico e/ou vidro, reutilizáveis e esterilizáveis, para aleitamento de bebés;
- Embalagens de vidro ou plástico, próprias para alimentos, esterilizadas, para recolha e eventual conservação de leite materno.
- Frigorífico (se viável)

Em relação ao equipamento específico:

- Identificação da porta do espaço, com a designação “*Cantinho da Amamentação*” e o respectivo horário de funcionamento.
- 2 ou 3 Almofada(s) de apoio, de diversos formatos e tamanhos, com forro impermeável, revestido por capas laváveis e facilmente substituíveis.
- 1 ou 2 modelos de mama, em lã ou similar, para as demonstrações.
- 1 Cartaz sobre a conservação do leite.
- Folhetos informativos de apoio
- Dossier arquivo (computador?) para os registos.

A Mama Mater disponibiliza a colaboração possível para a instalação do Cantinho da Amamentação no V. Centro de Saúde ou Hospital, quer no que diz respeito à análise do espaço de que dispõem, quer da correcta instalação do mobiliário e ou equipamentos.

A Associação Mama Mater não aceita financiamentos, ofertas ou patrocínios de laboratórios farmacêuticos, produtores de leite artificial e equipamentos relacionados (biberões, tetinas ou chupetas), extractores eléctricos ou manuais, ou ainda de alimentos complementares e a todos encoraja a proceder de forma ética idêntica.

A Associação Mama Mater não possui nem nunca possuiu, qualquer acordo com quaisquer marcas comerciais, competindo ao Centro de Saúde ou Hospital proceder à necessária prospecção de mercado e em conformidade decidir.

A Associação Mama Mater mais informa, que não tem qualquer relação ou parceria por quem por ela se faça passar, para ilegalmente promover a sua actividade comercial.

Estamos ao dispor para qualquer esclarecimento ou consulta.

Atentamente

(Adelaide Órfão)

Presidente Executiva

Rua José Elias Garcia, 1057-2775-218 PAREDE Tel. 214547080 Fax. 214547089

e-mail: geral@mamamater.org; parede@srslisboa.min-saude.pt

MAMA MATER- ASSOCIAÇÃO

Rua Elias Garcia, 1057

2775-218 Parede

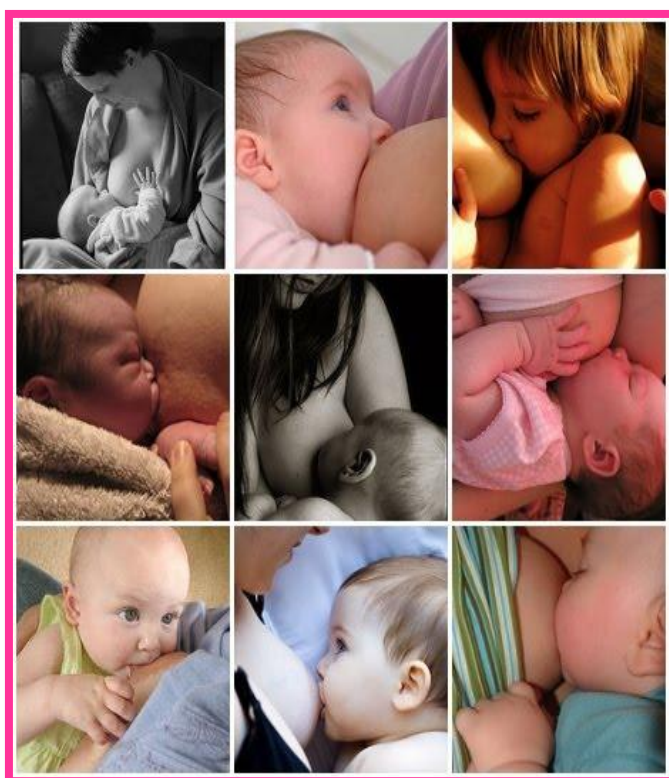
Tel. 214532019

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE INTERNAMENTO

RELATÓRIO DA VISITA EFECTUADA A “CANTINHOS DA AMAMENTAÇÃO”



Foi considerado pertinente, visitar outros “Cantinhos da Amamentação” antes de implementar o projecto no meu serviço. O meu principal objectivo foi conhecer estes espaços, compreender a sua dinâmica de funcionamento, os horários, quais as práticas desenvolvidas, perceber o equipamento e material que iria necessitar de adquirir para o espaço, articulações com outros serviços de saúde mas também discutir com as colegas responsáveis as suas experiências e vivências decorrentes deste projecto.

Para concretizar esta actividade, decidi visitar o Cantinho de Amamentação do Centro de Saúde do Cadaval e o da Maternidade Alfredo da Costa (MAC). A escolha do Centro de Saúde do Cadaval prende-se pelo facto de a responsável pelo Cantinho ser uma pessoa de referência nesta temática, sendo consultora e formadora em aleitamento materno e já ter desenvolvido a implementação de vários projectos nesta área. Por outro lado, a MAC, pelo facto de ser um Cantinho da Amamentação em contexto hospitalar, mas essencialmente por estar localizado num *Hospital Amigo dos Bebés*, em que todas as práticas são direccionadas para o promoção e apoio ao aleitamento materno.

Revelou-se de grande relevância a realização desta actividade e muito enriquecedora, na medida em que transferi para o meu projecto algum saber e experiência já adquirido pelas colegas que desenvolvem esta actividade há alguns anos. Por outro lado, pude retirar ideias para a decoração do espaço, em termos de cor, luminosidade, aspectos decorativos, de forma a transformar o espaço num local tranquilo, agradável e promotor de privacidade.

Em termos de material/equipamento foi disponibilizado o contacto de alguns fornecedores/empresas, que trabalham nesta área e “apetrecham” frequentemente os “Cantinhos da Amamentação”.

Pude também consultar os documentos de apoio que suportam as práticas desenvolvidas nestes espaços assim como os registos de enfermagem dos problemas identificados, estratégias de resolução e avaliação.

A meu ver, a mais valia foi mesmo os saberes e as experiências que estas enfermeiras partilharam comigo sobre as principais causas de vinda das famílias ao espaço, os sentimentos e emoções que as mães exprimem, a grande carência de apoio que estas famílias vivem logo após o nascimento do seu bebé, alguns truques para resolver pequenos problemas, bem como outros aspectos.

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA



GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

“Cantinho da Amamentação”

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CUIDAR DA
CRIANÇA/FAMÍLIA HOSPITALIZADA, EM CONTEXTO DE ALEITAMENTO MATERNO

PROJECTO “Cantinho da Amamentação”

Elaboração: MARA LOURENÇO

Mestranda do 3º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP

Enfermeira do Serviço de Pediatria do CHTV e

Conselheira em Aleitamento Materno

Orientação: EESIP Marta Gaio

ÍNDICE

	PÁG.
0. INTRODUÇÃO	7
1. FUNDAMENTAÇÃO	10
2. PRINCÍPIOS GERAIS NA AMAMENTAÇÃO	16
3. ALGORITMO DE ACTUAÇÃO	19
4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS	20
❖ SITUAÇÕES IMPEDITIVAS DA AMAMENTAÇÃO	21
❖ MEDICAÇÃO E ALEITAMENTO	22
❖ HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO	23
❖ OBSERVAÇÃO DA MAMADA	24
❖ EXAME DA MAMA	28
❖ HORÁRIO DE AMAMENTAÇÃO	29
❖ EXTRACÇÃO MANUAL DE LEITE MATERNO	30
❖ EXTRACÇÃO DE LEITE COM BOMBA	33
❖ FREQUÊNCIA DA EXTRACÇÃO DE LEITE	36
❖ COMO ESTIMULAR O REFLEXO DA OCITOCINA	37
❖ CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO	39
❖ DESCONGELAÇÃO E AQUECIMENTO DO LEITE MATERNO	41
❖ BEBÉ QUE RECUSA MAMAR	42
❖ POUCO LEITE	44
❖ CHORO	48
❖ BEBÉS DE BAIXO PESO AO NASCER (BPN) E DOENTES	51
❖ ADMINISTRAÇÃO DE LEITE POR COPO	53
❖ MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS	55
❖ MAMILOS FISSURADOS	56
❖ MAMAS INGURGITADAS	57
❖ DUCTOS BLOQUEADOS E MASTITE	58
5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	59

GLOSSÁRIO60

BIBLIOGRAFIA65

ANEXOS:

Anexo I - FORMULÁRIO COMO COLHER UMA HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO

Anexo II - FORMULÁRIO COMO OBSERVAR UMA MAMADA

Anexo III - INSTITUIÇÕES / GRUPOS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

ÍNDICE DE QUADROS

	PÁG.
QUADRO 1: Conservação do leite materno	40
QUADRO 2: Causas de recusa para mamar	42
QUADRO 3: Sinais de que o bebé pode não estar a receber LM em quantidade suficiente	45
QUADRO 4: Razões pelas quais um bebé pode não receber LM em quantidade suficiente	46
QUADRO 5: Razões pelas quais os bebés choram	48
QUADRO 6: Quantidade de leite para bebés que não podem mamar na mama	52

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
FIGURA 1: Posições para Amamentar	25
FIGURA 2: Forma correcta de pegar na mama	25
FIGURA 3: Representação de uma pega adequada	26
FIGURA 4: Técnica de extracção de leite manual I	31
FIGURA 5: Técnica de extracção de leite manual II	31
FIGURA 6: Técnica de extracção de leite manual III	32
FIGURA 7: Componentes da bomba extractora de leite	33
FIGURA 8: Representação das fases de montagem da bomba extractora de leite	34
FIGURA 9: Representação da massagem de relaxamento para a mãe	37
FIGURA 10: Equipamento utilizado para armazenamento do LM	39
FIGURA 11: Administração de leite por copo	54
FIGURA 12: Exteriorização dos mamilos com seringa	55

SIGLAS E ABREVIATURAS

BPN - Baixo Peso ao Nascer

CHTV - Centro Hospitalar de Torres Vedras

DGS - Direcção Geral de Saúde

FR - Frequência Respiratória

LM - Leite Materno

OMS - Organização Mundial de Saúde

RN - Recém-Nascido

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

0. INTRODUÇÃO

Este documento, pretende sistematizar os elementos essenciais no atendimento à criança/família amamentada que frequenta o Serviço de Pediatria,

contribuindo dessa forma, para uma melhoria contínua da qualidade de cuidados de Enfermagem e consequentemente promover e apoiar a amamentação.

É consensual entre a comunidade científica que *“a nutrição é a pedra angular dos cuidados de saúde, sendo (...) o estado nutricional um dos melhores indicadores de saúde, particularmente na criança, já que o seu crescimento e desenvolvimento está em grande parte condicionado pela sua alimentação”* (LEVY 1994, p.191), por isso, o aleitamento materno é sem dúvida a melhor forma de alimentação da criança, sendo um factor de impacto indiscutível na sua saúde.

Desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu as Metas de Saúde para Todos no ano 2000, que se enfatiza a nível mundial *“(...) a enorme importância do aleitamento materno, em assegurar às crianças um verdadeiro seguro de saúde e de desenvolvimento, constituindo a sua promoção uma prioridade mundial”* (LEVY 1994, p.191). A mesma organização considera que as práticas ideais de amamentação incluem a amamentação exclusiva (leite materno sem nenhum outro alimento ou líquido) nos primeiros seis meses de vida, seguidos do leite materno com alimentos complementares até pelo menos aos 2 anos de idade.

Mas na realidade esta situação não se verifica. Estudos realizados em Portugal, comprovam o “abandono” precoce da amamentação, contrariando as metas e objectivos propostos pelas estruturas de saúde nacionais e internacionais.

Numa perspectiva Mundial, e apenas a título ilustrativo, tendo como referência um estudo realizado no âmbito da região europeia da OMS, Portugal estaria eventualmente numa posição intermédia/baixa na ordenação de alguns países europeus, segundo a prevalência do aleitamento materno nas crianças até aos 3 meses de idade, inclusive (WHO, 1991). É importante no entanto salientar que as comparações acerca da prática do aleitamento materno em diferentes países não possam ser lineares atendendo a diversos factores.

Segundo a OMS e UNICEF (2003), o abandono precoce do aleitamento materno deve-se a comportamentos relacionados com alguma dificuldade das mães em amamentar por:

- ❖ Acreditarem que não têm leite suficiente;
- ❖ Falta de apoio/ajuda;
- ❖ Trabalharem fora de casa e não saberem como manter a amamentação;
- ❖ **Os serviços de saúde não promoverem e apoiarem adequadamente a amamentação.**

Assim, apesar de sabermos que “a decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe; o sucesso do aleitamento materno depende dela, do recém-nascido e da intervenção segura e confiante dos médicos e enfermeiros no acompanhamento e apoio à prática da amamentação. Esta vontade colectiva e institucional e uma acção coerente, partilhada e bem aceite por todos, são condições essenciais para o êxito.” (MOLEIRO et al, 2004, p.113). Ou seja, a capacidade de uma mãe otimizar o aleitamento materno ao seu bebé, depende, em grande medida do apoio que recebe, cabendo aos profissionais de saúde, um papel especial no aconselhamento e apoio prático.

Podemos afirmar então, que os profissionais de saúde, especialmente aqueles que cuidam directamente dos bebés e suas famílias, têm aqui um papel fundamental no acompanhamento das mães incentivando e promovendo o aleitamento materno, não só através do aconselhamento/informação, mas também na adopção de práticas que favoreçam o seu estabelecimento e continuação.

Destinatários: Enfermeiros que prestam cuidados à criança/família amamentada.

Objectivos:

- ❖ Evidenciar os factores condicionantes da amamentação durante a hospitalização da criança;
- ❖ Compreender a importância da promoção e apoio à amamentação;
- ❖ Sistematizar princípios e estratégias de intervenção, com vista a obter informação relevante para uma melhoria da qualidade na intervenção em saúde à criança/família amamentada;
- ❖ Promover uma uniformização nas práticas de promoção e apoio à amamentação na criança/família.

A realização deste Manual de Boas Práticas, tem por base um suporte bibliográfico de âmbito internacional e nacional, salientando-se:

- ❖ as recomendações da OMS e UNICEF relativamente à alimentação infantil;
- ❖ os protocolos elaborados pela *Academy Breastfeeding Medicine*;
- ❖ e as orientações do curso de Formação de Formadores em Aleitamento Materno, desenvolvido pela OMS e UNICEF e do Manual de Aleitamento Materno publicado pelo Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Hospitais Amigos dos Bebés .

Este documento encontra-se estruturado da seguinte forma: uma primeira parte com a fundamentação teórica sobre a importância da amamentação, uma pequena síntese da “história” da promoção e do apoio ao aleitamento materno nos últimos anos e os condicionalismos da hospitalização para esta prática; uma segunda parte com os princípios gerais a ter em conta na prestação de cuidados à criança amamentada, seguido do algoritmo de actuação e por fim a operacionalização das práticas, de uma forma sintética e clara elaborada com base na evidência científica existente.

1. FUNDAMENTAÇÃO

Importância do Aleitamento Materno

A importância da amamentação é um assunto em voga, de interesse multiprofissional (ANTUNES et al, 2008).

A protecção, a promoção e o suporte ao aleitamento materno são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública em toda a Europa e no mundo. Assim o diz a Estratégia Global para a alimentação de Lactentes e Crianças na 1ª Infância, adoptada por todos os estados membros da OMS na 55ª Assembleia Mundial de Saúde em 2002. Baixas taxas de aleitamento materno ou a cessação do mesmo podem ter implicações desfavoráveis importantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam no aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades na saúde (OMS, 1989).

Quando se fala em aleitamento materno, insiste-se que é o leite apropriado para o RN, que lhe fornece os melhores nutrientes, que está sempre disponível, pronto a ser consumido, à temperatura ideal, dizemos tudo o que o “povo” sabe. Mas o leite materno é muito mais do que isso. A sua composição complexa torna-o inimitável sob todos os pontos de vista; desempenha funções de alimento e medicamento com acção curativa e preventiva sobre um leque enorme de doenças da infância e na idade adulta fornece todos os macro e micronutrientes necessários para que o ser humano cresça e se desenvolva física, intelectual e emocionalmente durante um dos períodos mais importantes da sua vida (NETO, 2006).

Para a autora acima citada, o leite materno tem propriedades que o tornam único. Sob o ponto de vista de prevenção da infecção, o leite de uma mãe, é, na generalidade dos casos, o alimento de eleição para o seu filho. O LM é um simbiótico, uma fonte natural de pró e pré-bióticos que, só por si só e independentemente de todas as outras substâncias que o compõem, constituem uma protecção contra doenças infecciosas e não infecciosas em todos os períodos da vida nomeadamente na idade adulta. É o alimento mais completo e é constituído por nutrientes que funcionam como defesas adequadas ao bebé, reforçando o seu sistema imunitário, protegendo-o de infecções, desnutrição, alergias, etc.

Actualmente, existe evidência científica suficiente para afirmar que crianças que não usufruíram do leite materno apresentam mais doenças, de maior duração e mais graves quando comparadas com crianças que usufruíram dele. Parece que a alimentação com fórmulas aumenta o risco de morte súbita do lactente, a mortalidade pós neonatal durante o primeiro ano de vida nos países desenvolvidos e a mortalidade infantil nas crianças menores de 3 anos (CHEN; ROGAN, 2004).

Lactentes alimentados com fórmulas têm mais processos infecciosos e mais graves, que originam mais hospitalizações, quando comparados com crianças alimentadas exclusivamente com leite materno (LÓPEZ-ALARCON; VILLAPANDO; FAJARDO, 1997; REYNES et al, 1997; KRAMER et al, 2001; CUSHING et al,

1998). Crianças alimentadas com fórmulas apresentam maior nível de risco cardiovascular aos 13 anos e valores mais elevados de tensão arterial na idade adulta (SINGHAL et al, 2004; MARTIN et al, 2005).

De igual modo, crianças de famílias com risco de alergia, quando não amamentadas, parecem desenvolver com mais frequência dermatites atópicas, problemas respiratórios e asma (GDALEVICH et al, 2001). Crianças não amamentadas desenvolvem uma resposta imunitária menor a vacinas e têm maior risco de sofrer de doença celíaca, doenças auto imunes e doença inflamatória intestinal, diabetes mellitus e alguns tipos de cancro como leucemias ou esclerose múltipla na idade adulta (HAWKES; NEUMANN; GIBSON, 1999; HANSON, 2000; UKCHILDHOOD CANCER STUDY INVESTIGATORS, 2001, FREUDENHEIM et al, 1994).

Face aos benefícios individuais para a saúde infantil, a prática do aleitamento materno acarreta menores custos em saúde e menor absentismo laboral dos pais, dado que as crianças adoecem menos.

Dados recentes revelam que crianças exclusivamente amamentadas e que se desenvolvem normalmente regulam a sua ingestão de leite, quando comparados com crianças alimentadas com substitutos. Nestas, pode ocorrer um aumento de volume de ingestão para valores iguais ou superiores a 200 ml no mesmo período de tempo (OMS, 1994). Crianças amamentadas ganham menos peso e são mais magras no final do 1º ano de vida apresentando um crescimento diferente das crianças alimentadas com fórmulas.

As vantagens do aleitamento materno alargam-se também ao aspecto económico, pois é menos dispendioso alimentar uma criança com o leite da mãe, face aos custos elevados da transformação do leite de vaca em fórmulas para lactentes e crianças (ALMEIDA, 1996). Os gastos com um recém-nascido alimentado exclusivamente com fórmulas, poderão ser cerca de 15 a 20 vezes superiores ao custo necessário para suplementar a dieta de uma mãe que amamenta exclusivamente nos primeiros 4 meses de vida (SILVA; FONSECA, 1997).

A utilização do leite de vaca para alimentação de lactentes e crianças em fórmulas implica também o consumo e desperdício de materiais e de recursos naturais. O processo de transformação do leite de vaca em fórmulas de alimentação infantil requer elevado consumo de energia (o leite necessita de ser aquecido a temperaturas que rondam os 160º). Produtos como alumínio, papel, plástico, vidro e borracha usados nas latas de fórmulas, biberões e tetinas não são totalmente recicláveis. Gastos de energia e água têm também que ser contabilizados na preparação e esterilização de biberões e utensílios usados na alimentação artificial (MAIA, 2007). O leite materno é talvez o único alimento produzido e entregue ao consumidor sem poluir, sem provocar desperdícios e sem necessitar de embalagem, encontrando-se à temperatura ideal e sempre pronto.

O acto de amamentar, favorecesse ainda o contacto directo entre a mãe e o bebé, reforçando o estabelecimento de vínculos afectivos, que vão ajudar no desenvolvimento físico, emocional e social do bebé/criança. GOMES-PEDRO refere que “ (...) o comportamento do filho induz estádios maternos susceptíveis de provocar uma maior ejeção de leite” na mãe, fornecendo à amamentação “ (...) evidências biológicas e psicológicas, hoje também conhecidas através da investigação, e que explicam muita da fenomenologia dos primórdios da vinculação” (1999, p.143). Para este autor, quando uma mulher amamenta

“(…) está inequivocamente a estimular um reflexo de sucção indispensável ao desencadeamento de uma cascata de mecanismos que geram, em última instância, comportamentos vinculadores” (1999, p.145), e a efectuar estratégias de estimulação precoce logo nas primeiras mamadas do seu filho.

Segundo BOWLBY (1984), os bebés comportam-se de maneira especial em relação aos seres humanos, do mesmo modo que as mães também são propensas a comportar-se de modo especial em relação aos bebés. Quando a mãe aconchega o bebé ao colo para o amamentar estabelece-se um contacto visual face a face e uma oportunidade de o bebé usar a boca, as mãos e os pés para se agarrar à mãe. De uma forma recíproca inicia-se a interacção entre a mãe e o seu bebé (BOWLBY, 1984).

ALMEIDA (1996) salienta a importância do contacto físico, da qualidade e do “ timing” das transacções entre mãe e bebé durante a mamada. Para esta autora “ *o sucesso do aleitamento materno influencia a auto estima materna e o bem-estar do bebé, proporcionando experiências gratificantes à díade*” (1996, p.24). Ao proporcionar um momento único de contacto físico íntimo, a amamentação assegura não apenas a sobrevivência da criança, mas contribui para uma melhor vinculação e mais segura ligação entre mãe e filho.

No entanto, apesar de todas estas vantagens e dos riscos inerentes à alimentação artificial, a amamentação nem sempre é um processo fácil e livre de algumas dificuldades. O acto aparentemente simples e “instintivo” de amamentar, outrora intergeracional entre a população feminina, não tem sido por si só, suficiente para que se estabeleça uma amamentação de sucesso.

Promoção, Apoio e Suporte ao Aleitamento Materno

A necessidade de promover o aleitamento materno, levou em 1989, a OMS e UNICEF a lançarem uma declaração conjunta denominada Declaração de INOCENTI, para Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis. Para estas organizações “ (...) *as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e recém-nascidos, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação*” (1989, p.4), pelo que cabe aos profissionais de saúde dos serviços materno infantis liderar um processo para manter ou restabelecer se necessário, uma cultura do aleitamento materno.

Na Declaração de INOCENTI encontram-se relatados os 10 passos/medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno, conhecidos como as dez medidas para um aleitamento materno com sucesso.

Em 1991, a OMS e a UNICEF, na sequência da Cimeira Mundial para a Infância lançaram um programa mundial intitulado iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés*, a ser implementada nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos (Serviços de Obstetrícia e Pediatria dos Hospitais e Centros de Saúde), cujos objectivos específicos são a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. Este programa foi concebido no sentido de remover as barreiras hospitalares à amamentação, através da adopção de práticas e rotinas que favorecem o aleitamento e da capacitação dos profissionais de saúde para proteger, promover e apoiar correctamente esta prática.

Projecto “*Cantinho da Amamentação*” do Serviço de Pediatria do CHTV

Em Maio de 1992 foi criada em Portugal a *Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Entre as diversas actividades realizadas incluem-se a divulgação das dez medidas nos estabelecimentos de saúde com maternidade; a realização de vários cursos de formação em aleitamento materno em hospitais e maternidades e a edição e divulgação de um *Manual de aleitamento materno*.

Mais recentemente, em 2004, foi criada a Associação de Aleitamento Materno (MAMA Mater), a qual promove encontros de Conselheiros em Aleitamento e criou os “Cantinhos da Amamentação” que se têm estendido a muitos Centros de Saúde e Hospitais a nível nacional, uma iniciativa coordenada pela DGS.

O Ministério da Saúde, no Plano Nacional Saúde - Orientações Estratégicas para 2004-2010, nas suas orientações relativas a “nascer com saúde e crescer com segurança”, alerta para a importância que deve ser dada ao aleitamento materno, e encara esta medida como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais (p.28).

O documento Plano Nacional de Saúde – Prioridades para 2004-2010 – Mais Saúde para todos, define um período de 6 meses de duração do aleitamento materno como meta prioritária para 2010.

A amamentação é ainda definida como um foco da prática de Enfermagem (ICN, 2010), sendo que a sua promoção até pelo menos aos três meses de vida, encarada como uma intervenção de enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros na área de Saúde da Criança e do Adolescente. Esta organização apresenta ainda o número de crianças alimentadas com leite materno até aos três meses de vida como um indicador de qualidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004).

A Hospitalização e a amamentação

“Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante (...) a estadia da mãe e do bebé no hospital, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno” ALMEIDA (1996, p.40).

Um estudo de QUATTRONE et al (1995), avaliou o impacto da hospitalização na prática da amamentação entre 108 lactentes, menores de seis meses, num hospital de Buenos Aires, Argentina, Os autores observaram que 60% dos lactentes que eram amamentados no início do internamento foram desmamados até à alta, dos quais, 42% o fizeram apenas pela hospitalização e não por causas médicas.

Ainda SOUZA et al (2008), através de uma pesquisa com 97 crianças internadas com diagnóstico de infecção respiratória numa Unidade de Lactentes do Brasil, demonstrou uma associação significativa entre a hospitalização e a manutenção da amamentação: factores como limitações físicas do hospital e a ausência de programas de incentivo ao aleitamento materno dificultam a manutenção dessa prática durante a hospitalização de bebés. Neste estudo, aquando a admissão, 57,1% das crianças faziam amamentação exclusiva (índice que pode ser considerado baixo uma vez que a OMS preconiza o aleitamento materno exclusivo para todas as crianças de até seis meses de vida) e que, ao longo do internamento, 35,4% desses bebés interromperam a amamentação exclusiva pela introdução da fórmula láctea no hospital.

Projecto “*Cantinho da Amamentação*” do Serviço de Pediatria do CHTV

CHAGAS (2010) sugere assim, um despreparo dos hospitais para apoiar e incentivar a amamentação.

SARAIVA (2010, p.141) refere que muitos são os factores decorrentes da hospitalização da criança que podem afectar o aleitamento materno, nomeadamente:

- ❖ *“Afecta a família em várias vertentes: financeira, social, somática, comportamental, vida mental, consciente ou inconsciente;*
- ❖ *Algumas das funções da família passam a ser executadas por profissionais de saúde (enfermeiros), o que afecta os pais no seu amor-próprio, provocando culpabilidade e fazendo-os sentir que a sua influência sobre o filho diminui;*
- ❖ *Sentimentos de exaustão física e mental, incerteza diagnóstica e a preocupação com os outros filhos, que deixaram com a família ou vizinhos, podendo levar a depressões maternas;*
- ❖ *A hospitalização de um bebé interrompe o desenvolvimento do vínculo e cria sentimentos de insegurança, tanto na criança como na mãe. Pode ter efeitos altamente negativos a curto, médio e longo prazo, como aumentar a incidência de abandonos, negligência e maus-tratos;*
- ❖ *A hospitalização da criança implica a separação da família, mesmo que não seja em relação ao pai ou mãe, ela ocorre sempre em relação ao ambiente familiar, físico e afectivo. A mãe necessita de estar junto da criança, para que possa olhá-la, tocá-la, ouvi-la, para estimular o reflexo de ocitocina e ajudar o leite a fluir;*
- ❖ *Os acompanhantes das crianças hospitalizadas estão expostos a muitos factores stressantes que podem desencadear sofrimento. Esses factores estão relacionados com a estrutura física, que não oferece aos acompanhantes as condições necessárias de conforto, e com o relacionamento com a equipa de saúde durante a prestação da assistência. Por vezes, existe falta de infra-estruturas para amamentar e extrair leite materno;*
- ❖ *Os pais sentem medo, ansiedade, frustração e depressão. A frustração pode estar relacionada com a falta de informação ou desconhecimento dos procedimentos, tratamentos, normas e rotinas hospitalares. Sentimentos como a preocupação, as dúvidas e outros podem interferir negativamente no aleitamento materno, dificultando a acção da ocitocina;*
- ❖ *A hospitalização de um filho é geradora de stresse nos pais, pois o hospital é um ambiente estranho, onde os enfermeiros e os médicos muitas vezes falam de forma que os pais não percebem. O stress físico e psicológico pode alterar a fisiologia da amamentação, quer no processo de ejeção quer na produção de leite. O stresse pode suprimir a lactação directamente, inibindo a prolactina e a ocitocina, ou indirectamente, actuando em regiões específicas do sistema nervoso central, activando o sistema nervoso simpático e, periféricamente, actuando no sistema simpatico-adrenomedular. Ainda, o efeito do stresse na amamentação é muito complexo, depende da sua duração e do sítio onde actua;*
- ❖ *Durante a hospitalização, os pais geralmente negligenciam as suas necessidades de sono, nutrição e relaxamento, muitas vezes dormem numa cadeira e o sono é frequentemente interrompido pelas actividades dos enfermeiros. O cansaço físico, o sono insuficiente, as contrariedades e as emoções podem interferir negativamente na libertação da ocitocina, com conseqüente défice de ejeção de leite;*

- ❖ *No hospital as crianças são frequentemente portadoras de problemas de saúde graves, que podem interferir com a sua capacidade de olhar, agarrar, mamar ou chorar”.*

Para a promoção/apoio ao aleitamento materno durante a hospitalização, a mesma autora defende que é fundamental que o enfermeiro direcione as suas intervenções no sentido de diminuir o nível de stresse, angústia, ansiedade e preocupação dos pais, assim como criar condições para que a mãe amamente. O estabelecimento de uma comunicação eficaz com os pais, família e criança, um acolhimento individualizado e uma participação activa dos pais na equipa de saúde provocará uma diminuição destes sentimentos e emoções, melhorando as condições para que a mãe possa amamentar a sua criança, mas também:

- ❖ *“Encorajando a mãe a estimular a produção de leite, através da extracção do mesmo, manualmente ou com bomba, para posterior administração à criança por copo, sonda (por gavagem ou debito continuo) ou biberão, quando, por razões clínicas ou outras, relacionadas com a criança e/ou com a mãe, não for possível amamentar;*
- ❖ *Proporcionando um local acolhedor, reservado e calmo para a extracção do leite;*
- ❖ *Proporcionando, sempre que possível a extracção do leite materno junto do bebé, factor importante para que a mãe o consiga fazer mais facilmente;*
- ❖ *Promovendo, em caso de necessidade, a sucção não nutritiva, que consiste em a mãe esvaziar a mama com a bomba e depois colocar o bebé à mama. Pode ser realizado simultaneamente com a alimentação por gavagem;*
- ❖ *Dando formação aos pais sobre a forma de conservar e descongelar o leite extraído;*
- ❖ *Incentivando o método “mãe canguru” ou o contacto “pele a pele”, que aumenta a interacção mãe-filho, de forma a manter e promover o aleitamento materno” (p.143).*

Constatamos assim, que muitos são os condicionalismos da hospitalização sobre a amamentação, o que faz com que seja fulcral que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para estes factores, bem como estarem munidos de conhecimentos e competências sobre a melhor forma de intervir, de forma a minimizá-los e/ou eliminá-los, contribuindo para o sucesso da amamentação.

2. PRINCÍPIOS GERAIS

Podemos enunciar alguns requisitos do profissional que presta aconselhamento e apoio prático na promoção e suporte ao aleitamento materno e que são essenciais para uma intervenção eficaz.

Características dos profissionais (OMS e UNICEF, 1993):

Previamente a qualquer intervenção, o profissional deve fazer uma reflexão pessoal acerca dos seus próprios valores, assim como das respectivas necessidades de formação. Como qualidades básicas deve possuir motivação para compreender, valorizar e escutar a mãe que amamenta, além de não projectar os seus próprios ideais. Além destes requisitos, pretende-se que o profissional detenha:

- ❖ Conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia da lactação;
- ❖ Compreensão dos factores socioeconómicos, demográficos e culturais que afectam a amamentação, sempre pré-conceitos ou dúvidas morais;
- ❖ Competências de Comunicação não verbal tais como:
 - Manter a cabeça ao mesmo nível;
 - Prestar atenção;
 - Remover barreiras;
 - Dedicar tempo;
 - Tocar de forma apropriada.
- ❖ Competências de Ouvir e Aprender, tais como:
 - Usar comunicação não verbal útil;
 - Fazer perguntas abertas (exemplo: *como, quando, quem, que, onde*);
 - Usar respostas e gestos que demonstrem interesse (tais como *sorrir, balancear a cabeça; hum hum...*);
 - Devolver com as suas palavras o que a mãe diz (exemplo: *está a dizer que..., acha que...*);
 - Ser empático., demonstrando à mãe que compreende como ela se sente (ex. *compreendo, entendo...*);
 - Evitar palavras que soem a julgamento (tais como *está mal/errado; porquê; é normal, suficiente...*).

- ❖ Competências para desenvolver confiança e dar apoio à mãe:
 - Aceitar o que a mãe diz;
 - Reconhecer e elogiar o que a mãe e o bebé estão a fazer bem;
 - Dar ajuda prática;
 - Dar pouca e relevante informação;
 - Usar linguagem simples;
 - Dar uma ou duas sugestões e não dar ordens.

- ❖ O respeito, a autenticidade e a empatia são facilitadores de uma relação terapêutica e da expressão de sentimentos por parte da mãe.

Características do espaço e tempo (MAMA MATER, 2010):

O espaço físico onde é realizado o aconselhamento e apoio prático deve ser acolhedor e confortável, bem ventilado e limpo. Deve conter ainda material de apoio e informativo tais como posters e folhetos. No caso específico de um “Cantinho da Amamentação” é recomendado:

- ❖ Que se situe numa zona calma, sem muito ruído;
- ❖ Que possua iluminação natural abundante e regulável, de modo a evitar a luz intensa e o sobreaquecimento;
- ❖ Que (se necessário), disponha de luz artificial indirecta, e não lâmpadas de tecto;
- ❖ Que ofereça aos utentes sensações de tranquilidade e harmonia, nomeadamente no que diz respeito às cores aplicadas e/ou à disposição/decoração do mobiliário, preferencialmente minimalistas;
- ❖ 1 ou mais cadeirões de preferência reclináveis, ou uma cadeira ou cadeirão que forneça apoio aos braços e costas da mãe:
- ❖ 1 banqueta ou equivalente para apoio dos pés;
- ❖ Cadeiras para interventores ou familiares das mães;
- ❖ 1 “catre pediátrico” ou similar p/ muda dos bebés;
- ❖ 1 armário pequeno, com portas, para arrumação do material esterilizado;
- ❖ 1 caixote do lixo com tampa, para fraldas descartáveis e papéis.

Em relação ao equipamento Opcional:

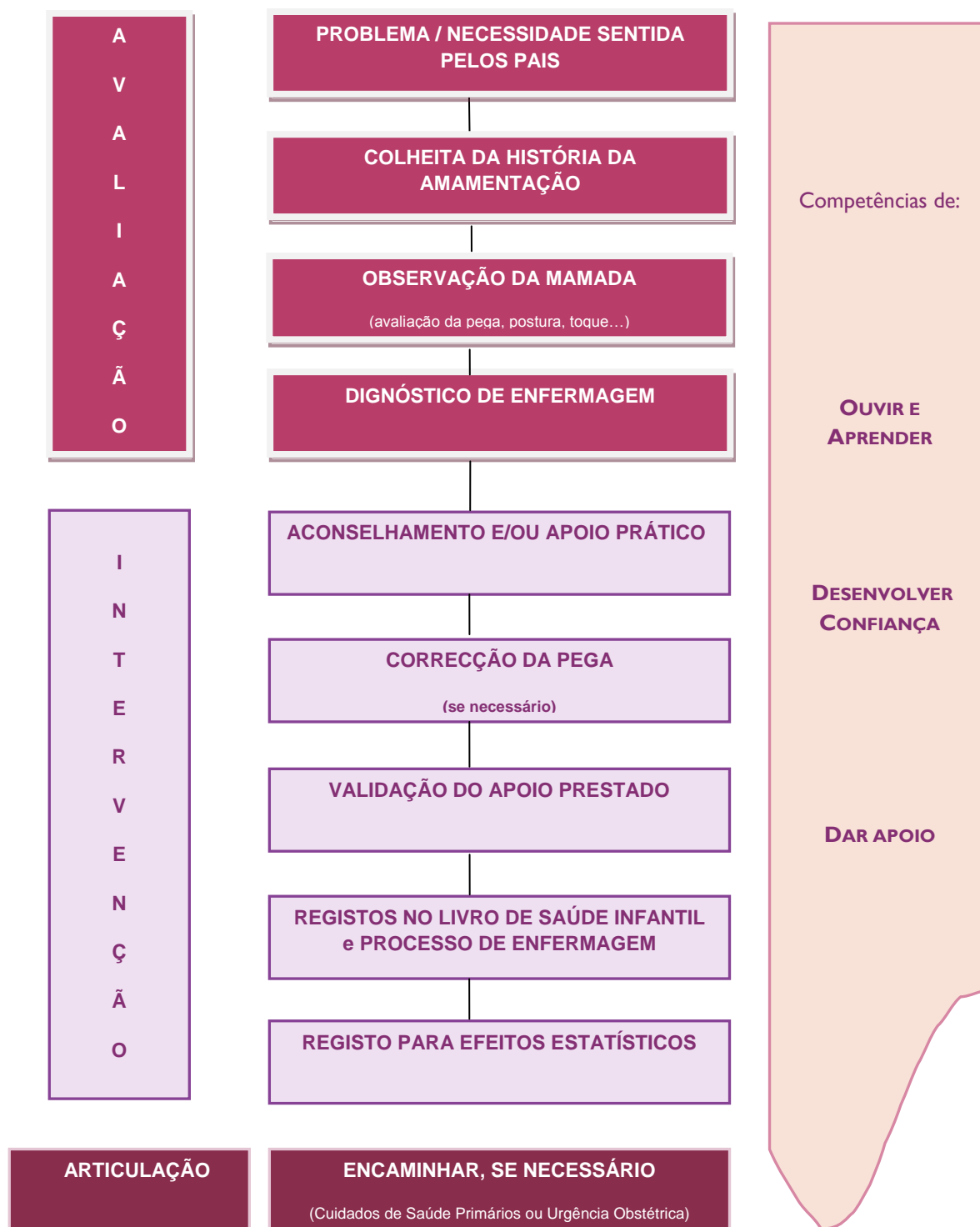
- ❖ 1 Máquina Extractora Eléctrica;
- ❖ Conjuntos individuais de recolha de leite, para a máquina, esterilizáveis em autoclave;
- ❖ Copinhos de plástico e/ou vidro, reutilizáveis e esterilizáveis, para aleitamento de bebés;

- ❖ Embalagens de vidro ou plástico, próprias para alimentos, esterilizadas, para recolha e eventual conservação de leite materno;
- ❖ Frigorífico (se viável).

Em relação ao equipamento específico:

- ❖ Identificação da porta do espaço, com a designação “*Cantinho da Amamentação*” e o respectivo horário de funcionamento;
- ❖ 2 ou 3 Almofadas de apoio, de diversos formatos e tamanhos, com forro impermeável, revestido por capas laváveis e facilmente substituíveis;
- ❖ 1 ou 2 modelos de mama, em lã ou similar, para as demonstrações;
- ❖ 1 cartaz sobre a conservação do leite;
- ❖ Folhetos informativos de apoio;
- ❖ Dossier de arquivo para os registos (fins estatísticos).

3. ALGORITMO DE ACTUAÇÃO NA PROMOÇÃO/APOIO AO ALEITAMENTO



4. OPERACIONALIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS

Apresentam-se de seguida, um conjunto de situações que podem surgir no âmbito da criança amamentada, bem como a descrição das intervenções propostas para uma boa prática de cuidados.

- ❖ *SITUAÇÕES IMPEDITIVAS DA AMAMENTAÇÃO*
- ❖ *MEDICAÇÃO E ALEITAMENTO*
- ❖ *COMO COLHER UMA HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO*
- ❖ *OBSERVAÇÃO DA MAMADA*
- ❖ *EXAME DA MAMA*
- ❖ *HORÁRIO DE AMAMENTAÇÃO*
- ❖ *EXTRACÇÃO MANUAL DE LEITE MATERNO*
- ❖ *EXTRACÇÃO DE LEITE COM BOMBA*
- ❖ *FREQUÊNCIA DA EXTRACÇÃO DE LEITE*
- ❖ *COMO ESTIMULAR O REFLEXO DA OCITOCINA*
- ❖ *CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO*
- ❖ *DESCONGELAÇÃO E AQUECIMENTO DO LEITE*
- ❖ *BEBÉ QUE RECUSA MAMAR*
- ❖ *POUCO LEITE*
- ❖ *CHORO*
- ❖ *BEBÉS DE BAIXO PESO AO NASCER (BPN) E DOENTES*
- ❖ *ADMINISTRAÇÃO DE LEITE POR COPO*
- ❖ *MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS*
- ❖ *MAMILOS FISSURADOS*
- ❖ *MAMAS INGURGITADAS*
- ❖ *DUCTOS BLOQUEADOS E MASTITE*

SITUAÇÕES IMPEDITIVAS DA AMAMENTAÇÃO

OBJECTIVO: Descrever as contra-indicações absolutas e relativas para a amamentação.

CONCEITO: Apesar das qualidades inquestionáveis do LM, existem situações raras em que a mãe está impedida de amamentar a criança.

DESCRIÇÃO:

- ❖ As Situações **Impeditivas Relativas** relacionadas com a mãe são:
 - Varicela e outras doenças infecto-contagiosas em fase activa;
 - Herpes com lesão mamária;
 - Tuberculose activa e nos primeiros quinze dias de tratamento;
 - Situações em que as mães estejam a fazer terapêutica imprescindível nociva ao bebé;
 - Procedimentos médicos de diagnóstico, incluindo as tomografias computadorizadas, que requerem uma injeção de isótopos radioactivos,
 - Quimioterapia;
 - Mães com Hepatite C em fase activa.

- ❖ As Situações **Impeditivas Absolutas** relacionadas com a mãe são:
 - Doenças maternas graves muito debilitantes;
 - Mães seropositivas;
 - Medicação nociva ao bebé;
 - Terapia de cancro materno – radioterapia;
 - Uso de drogas como cocaína, crack, heroína, anfetaminas;
 - Doenças auto-imunes (as hormonas da lactação agravam a doenças ou evitam que entre em regressão);
 - Artrite reumatóide;
 - Lúpus;
 - Cirurgia mamária, dependendo da técnica cirúrgica (com remoção parcial ou total da glândula);
 - Mães que não queiram amamentar;
 - Doença psiquiátrica grave da mãe.

- ❖ As Situações **Impeditivas Absolutas** relacionadas com o bebé são: doenças metabólicas raras como a **Fenilcetonúria** (incapacidade em metabolizar a fenilalanina) e a **Galactosemia** (incapacidade em metabolizar a lactose).

MEDICAÇÃO E ALEITAMENTO

OBJECTIVO: Manter a lactação, mesmo quanto a mãe toma medicação e contribuir para evitar os desmames precoces.

CONCEITO: Apenas cerca de 1% ou menos da dose da maioria dos medicamentos receitados à mãe é expelida pelo LM, pois a glândula mamária não armazena drogas. No entanto, há medicamentos que podem deixar vestígios no leite de uma mãe lactante.

DESCRIÇÃO:

❖ **Medicamentos perigosos para o bebé:**

- Tetraciclina – provoca manchas nos dentes em formação do bebé;
- Lítio;
- Antidepressivos;
- Sedativos;
- Ciclosporinas;
- Imunossupressores;
- Metronidazol.

Existe um serviço de informação sobre medicamentos e gravidez, que dá apoio também à amamentação, ajudando os profissionais a decidir qual o medicamento a administrar à mãe que amamenta:

Linha Verde 800202844

Tel: 239 481 234

Fax: 239 481 236

Email: simeg@chc.min-saude.pt

COMO COLHER UMA HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO

OBJECTIVO: Compreender a situação da mãe.

CONCEITO: Colher uma história significa fazer perguntas relevantes e de forma sistemática. Para compreendermos a situação específica de cada mãe não podemos apenas observar, é necessário fazer algumas perguntas.

DESCRIÇÃO:

- ❖ **Usar o nome da mãe e do bebé (se apropriado):**
 - Cumprimentar a mãe de uma forma delicada e amigável;
 - Apresentar-se e perguntar pelo nome dela e do bebé;
 - Estes nomes devem ser usados quando nos dirigimos a eles.

- ❖ **Pedir para ela lhe falar sobre ela e sobre o bebé da forma que entender:**
 - Deixar a mãe falar primeiro, sobre o que achar importante;
 - Só depois interrogar sobre outras coisas que achar necessário;
 - Encorajá-la a falar.

- ❖ **Observar o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil:**
 - O Boletim mostra alguns factos importantes e economiza nas perguntas.

- ❖ **Fazer as perguntas mais importantes:**
 - Fazer perguntas de preferência abertas;
 - Evitar ser demasiado intrusivo e fazer muitas perguntas.

- ❖ **Ter cuidado para não parecer crítico:**
 - Aceitar o que a mãe está a dizer e elogiar o que está a fazer bem;
 - Evitar juízos de valor e os porquês.

Ver **anexo I** - Como colher uma história de amamentação: serve de guia para os factos mais importantes.

OBSERVAÇÃO DA MAMADA

OBJECTIVO: Diagnosticar problemas na técnica da amamentação.

CONCEITO: Observar a mamada, permite-nos aprender muito sobre como está a decorrer a amamentação. Permite uma observação sistematizada da díade em amamentação e identificar áreas que requerem intervenção e/ou educação.

DESCRIÇÃO:

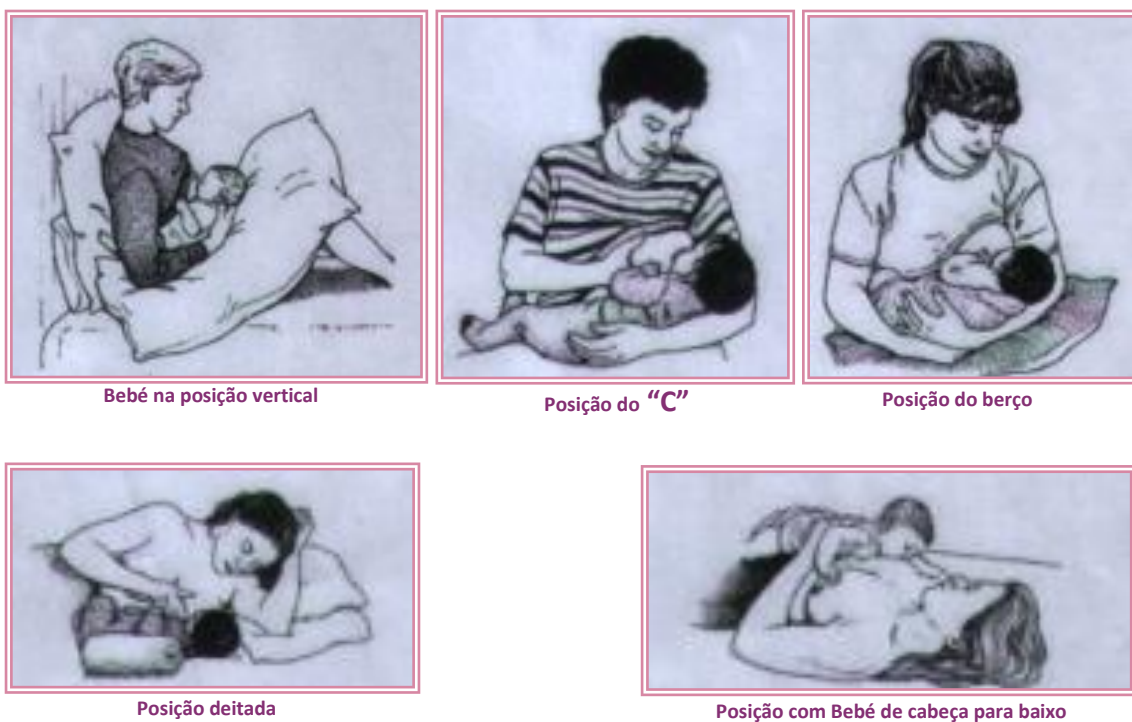
Os diferentes aspectos a observar quando um bebé está a ser amamentado, são:

- ❖ Postura Corporal;
- ❖ Respostas;
- ❖ Vínculo Emocional;
- ❖ Anatomia;
- ❖ Sucção;
- ❖ Tempo Gasto com a Sucção.

❖ **Postura Corporal**

- Mãe relaxada e confortável;
- A cabeça e o corpo do bebé devem estar em linha recta;
- A face do bebé deve estar de frente para a mama, com o nariz de frente para o mamilo e queixo apoiado;
- A mãe deve segurar o corpo do bebé junto ao seu;
- Se o bebé é recém-nascido deve apoiar-se as suas nádegas e não apenas a sua cabeça e ombros;
- A postura do corpo é secundária;
- Existem diversas posições para amamentar;
- Não interferir se não houver problemas reais com a amamentação;
- O importante é que a mãe esteja confortável assim como o bebé.

FIGURA 1: Posições para amamentar

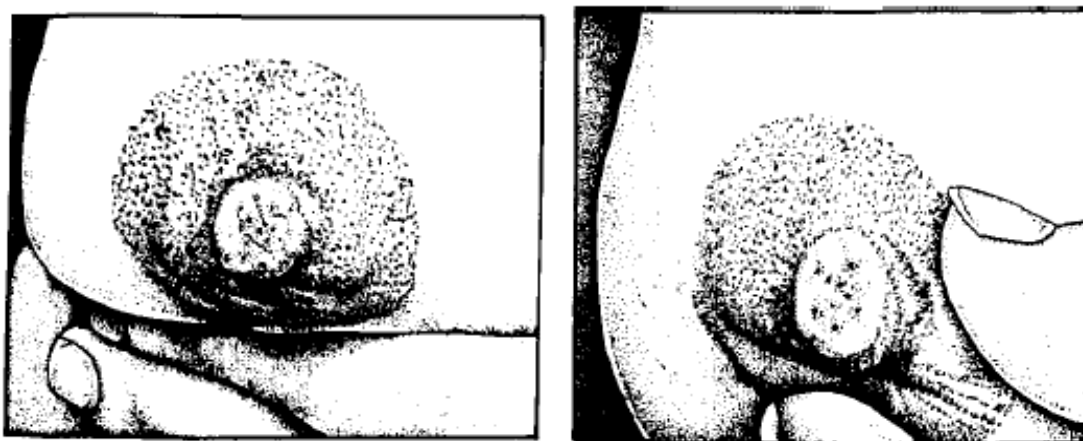


Fonte: OMS/UNICEF, 1997

❖ **Forma correcta de segurar a mama:**

- Colocação dos dedos na parede do tórax por baixo da mama;
- Dedo indicador forma um suporte na base da mama;
- Dedo polegar fica por cima;
- Colocação dos dedos próximos do mamilo.

FIGURA 2: Forma correcta de pegar na mama



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

❖ **Respostas:**

- Observar:
 - ✓ Como se encontra o bebé (acordado, letárgico, irrequieto, calmo...), se procura a mama e a explora com a língua, se pega ao nível da auréola, se mantém a pega...
 - ✓ Presença de sinais de saída de leite e sensações que traduzem um reflexo de ocitocina activo (extravasamento, dores uterinas, físgadas).

❖ **Vínculo Emocional:**

- Corrigir qualquer alteração ao nível dos afectos que interfira com o estímulo do reflexo da ocitocina:
 - ✓ Informar a mãe sobre factores que estimulam o reflexo tais como pensar carinhosamente no bebé; ouvir os sons do bebé, olhar para ele e ter confiança em si mesma;
 - ✓ Alertar para os factores inibidores tais como: preocupações, stresse, dor e sentimentos de insegurança.

❖ **Anatomia**

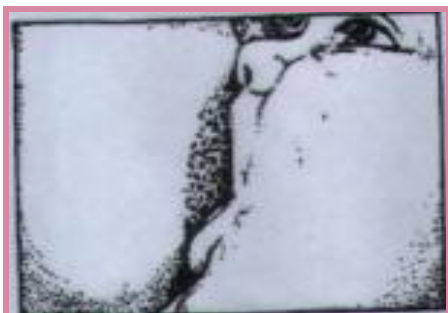
- Observar:
 - ✓ Mamilos (exteriorizados e protácteis, planos ou invertidos);
 - ✓ Aparência da pele da mama (saudável, vermelha, fissuras);
 - ✓ Forma das mamas (arredondadas, ingurgitadas);
 - ✓ Mamas após as mamadas (macias, moles ou tensas).

❖ **Sucção**

- Observar:
 - ✓ Boca bem aberta;
 - ✓ Lábio inferior virado para fora;
 - ✓ Língua do bebé acoplada em redor do mamilo;
 - ✓ Bochechas arredondadas;
 - ✓ Mais auréola cima do que em baixo;
 - ✓ Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa.

FIGURA 3: Representação de uma pega adequada

Bebé com pega adequada na mama



Bebé com pega ineficaz na mama



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

❖ **Tempo gasto na sucção**

- O tempo da mamada é variável e depende de determinados factores: idade do bebé, estado nutricional, estado de saúde;
- Verificar se o bebé recebeu leite inicial e final;
- Ter bom senso quanto ao tempo da mamada;
- O objectivo razoável é conseguir pelo menos oito a doze mamadas nas 24 horas.

Ver anexo II - Formulário de Observação da Mamada.

EXAME DA MAMA

OBJECTIVO: Despistar problemas mamários que possam interferir com a amamentação.

CONCEITO: Consiste em observar e, se necessário, palpar a mama de forma a despistar situações que possam dificultar a amamentação. Importa detectar precocemente alguns problemas que possam surgir nas mamas de forma a actuar atempadamente para minimizar a interferência com a amamentação. De rotina não é necessário examinar a mama, apenas se a mulher está preocupada.

DESCRIÇÃO:

- ❖ Inspeccionar, sem tocar:
 - Tamanho e forma da mama (pode afectar a confiança);
 - Tamanho e forma do mamilo (pode afectar a pega);
 - Gotejamento de leite (é um sinal do reflexo de ocitocina activo);
 - Se está cheia, macia, ou ingurgitada;
 - Se existem fissuras no mamilo;
 - Se há presença de rubor (infecção e inflamação);
 - Cicatrizes.
- ❖ Questionar a mãe se notou alguma coisa de errado. Se sim, que explique;
- ❖ Se necessário palpar a mama, explicar à mãe o que precisa fazer e pedir permissão;
- ❖ Usar a palma da mão (dedos juntos e estendidos);
- ❖ Não beliscar ou pressionar com força;
- ❖ Observar o rosto da mãe para verificar se há sinais de dor ou hipersensibilidade;
- ❖ Examine a presença de tensão mamária, endurecimento ou ingurgitamento, áreas quentes ou caroços;
- ❖ Conversar com a mãe sobre o que encontrou.

HORÁRIO DE AMAMENTAÇÃO

OBJECTIVO: Estabelecer o aleitamento materno.

CONCEITO: Em condições normais, o momento ideal para colocar o bebé ao peito é logo após o nascimento ou na primeira hora que se segue ao parto. Esta constitui a melhor forma de dar as “boas vindas à vida” e de se iniciar um conhecimento recíproco.

DESCRIÇÃO:

❖ Horário (tempo de amamentação):

- Os recém-nascidos devem mamar quantas vezes quiserem (horário livre);
- A maioria dos recém-nascidos, necessita de 8 a 10 mamadas, em cada 24 horas para ganhar peso adequadamente;
- Se necessário, os pais devem acordar os bebés para mamar, caso percebam o bebé não faz no mínimo 8 mamadas nas 24 h. A frequência é determinada pela contagem a partir do início de uma mamada até ao início da próxima;
- A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebés mamam 90% do que necessitam em 4 minutos;
- Ensinar a mãe a perceber se o bebé está a obter leite da mama e não está a fazer da mama uma chupeta, pois isto pode macerar os mamilos, criar fissuras e levar a mãe a desistir da amamentação;
- O bebé deve esvaziar uma mama em cada mamada, só se continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama. O leite no final da mamada contém uma maior quantidade de gordura, por isso, esvaziar totalmente a mama é o segredo para uma melhor e maior produção de leite;
- Na mamada seguinte deve-se oferecer a mama que estiver mais cheia (se mamou das duas mamas, oferecer a ultima, se mamou apenas numa, oferecer a oposta).

EXTRACÇÃO MANUAL DE LEITE

OBJECTIVO: Capacitar a mãe para extrair o seu leite de forma a iniciar ou manter a amamentação.

CONCEITO: Em algumas situações, o bebé não pode ou não consegue mamar; noutras, pode ser necessário aumentar a produção de leite quando esta diminui. O início da extracção vai depender do momento e do motivo da decisão. Mas, frequentemente é necessário logo após o parto, como acontece quando o bebé é prematuro, está doente, ou não consegue mamar por qualquer outra razão. Consiste na remoção manual de leite materno, sem qualquer auxílio de uma bomba. Qualquer estratégia de extracção de leite, deve ser acompanhada dum estímulo do reflexo de ocitocina, na medida em que esta ajuda o leite a fluir (ver “Estimulação do reflexo de ocitocina”).

DESCRIÇÃO:

- ❖ A extracção de leite é útil ou necessária em múltiplas situações:
 - Iniciar e manter a lactação quando o bebé não consegue mamar (ex. prematuridade, hospitalização, doença);
 - Manter a lactação quando a mãe está doente ou tomou medicamentos que impedem a amamentação;
 - Quando a mãe tem de se ausentar ou regressar ao trabalho;
 - Para prevenir ou aliviar o ingurgitamento;
 - Para ajudar o bebé a pegar quando um seio está cheio.

- ❖ Técnica:
 - Lavar as mãos antes de iniciar a extracção;
 - A mãe deve estar sentada ou ficar em pé, desde que confortável, e colocar o recipiente próximo da mama;
 - Colocar o polegar na mama, acima do mamilo e auréola, o dedo indicador deve ficar abaixo do mamilo e auréola;

FIGURA 4: Técnica de extracção de leite manual I



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- Pressionar com o polegar e indicador levemente para dentro, em direcção à parede torácica.. Evitar exercer pressão exagerada porque pode bloquear os ductos;
- Pressionar e soltar de seguida, o que não deve provocar dor. Se a mãe sentir dor, terá de corrigir a técnica de extracção de leite;

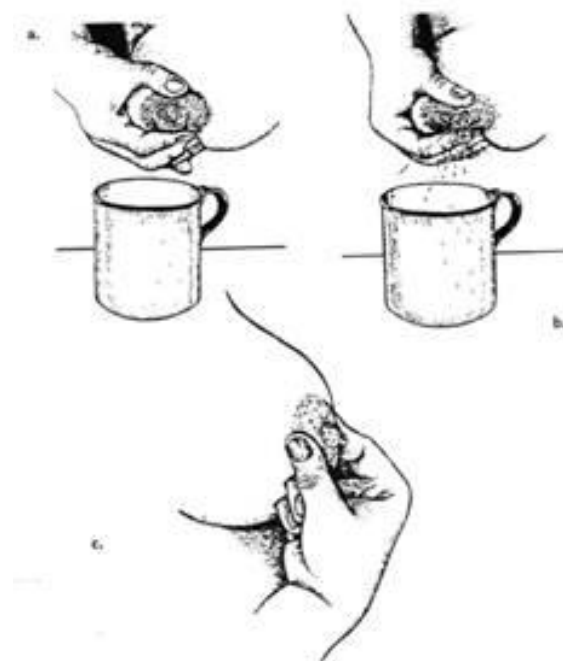
FIGURA 5: Técnica de extracção de leite manual II



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade;
- Para não lesar a mama, colocar os dedos em diferentes posições (ex: colocando-os lateralmente com o indicador de um lado da auréola e polegar do lado oposto da auréola) e repetir a técnica de extracção;

FIGURA 6: Técnica de extracção de leite manual III



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- Fazer a expressão do leite até sentir que a mama já não está tensa;
- O frasco ou biberão onde o leite é armazenado, deve ser lavado com água quente e detergente e fervidos durante 10 a 15 min ou colocados num esterilizador;
- Não juntar leite morno, acabado de tirar com leite já frio ou congelado.

EXTRACÇÃO DE LEITE COM BOMBA

OBJECTIVO: Capacitar a mãe para extrair o seu leite de forma a iniciar ou manter a amamentação.

CONCEITO: A Bomba de extracção é uma máquina que se destina à extracção e colheita de leite materno do seio de uma mãe, visando aliviar a tumefacção mamária, manter a capacidade de aleitamento materno e fornecer o leite da mãe para futuras mamadas, sempre que não é possível colocar o bebé à mama. A função das bombas é imitar a velocidade e a pressão da sucção do bebé, cerca de 60 ciclos por minuto. Existem vários tipos de bombas.

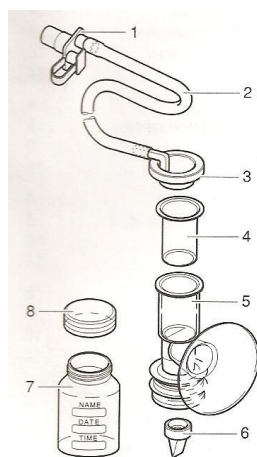
DESCRIÇÃO:

❖ **Proporcionar ambiente adequado:**

- Proporcionar um local reservado, calmo e tranquilo, dentro das condições possíveis (se necessário colocar biombo para manter a privacidade);
- O ideal será promover o contacto pele a pele com o bebé ou a mãe ficar junto do mesmo, pois ajuda a activar o reflexo de ocitocina, ou seja, a ejeção de leite;
- Se não for possível, fazer com que olhe para uma fotografia do bebé ou pense nele para que tenha pensamentos e sentimentos agradáveis;
- Providenciar material de apoio como uma mesa para apoiar a bomba de extracção e compressas esterilizadas.

❖ **Componentes da Bomba:**

FIGURA 7: Componentes da bomba extractora de leite



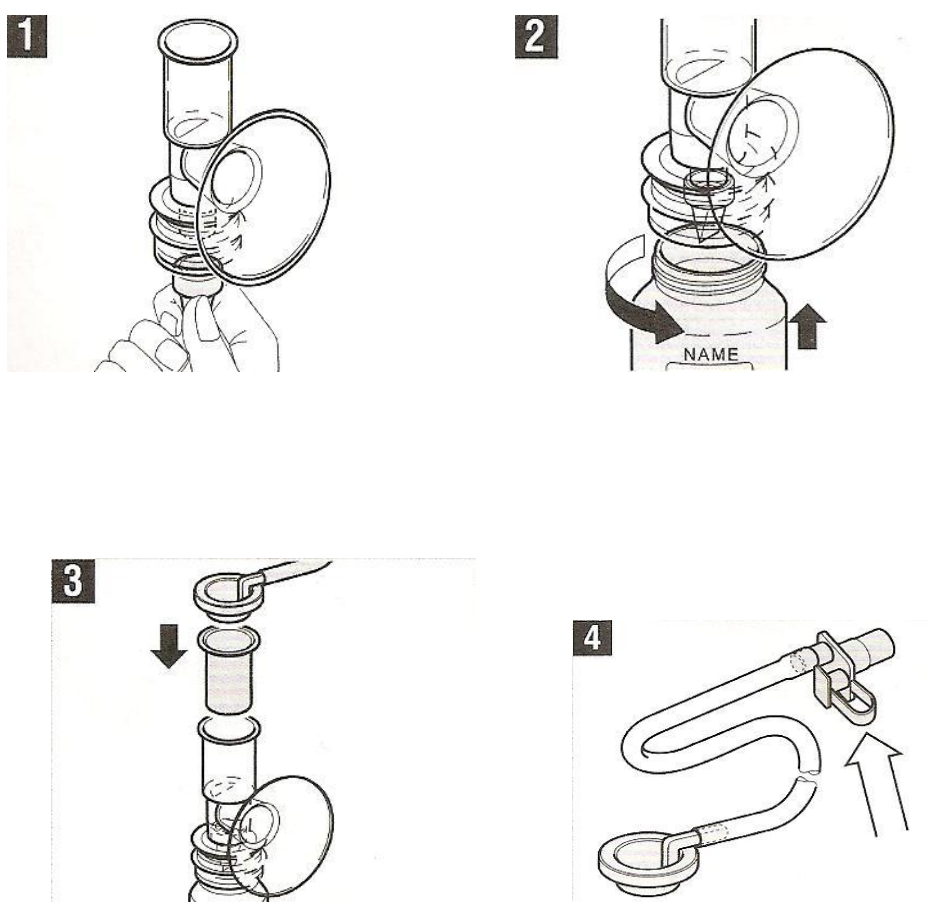
Legenda:

- 1- Conexão dupla
- 2- Tubo de sucção
- 3- Tampa
- 4- Fole
- 5- "Concha" para os Seios
- 6- Válvula
- 7- Biberão para leite
- 8- Tampa aparafusada

❖ **Montagem da bomba:**

- Empurrar a válvula por baixo até ao encaixe na “concha” dos seios (1);
- Aparafusar o biberão para leite à “concha” para seios e apertar bem (2);
- Introduzir por cima o fole na “concha” para seios e fechar com a tampa; Ligar a tampa e a conexão dupla ao tubo (3);
- Se pretender extrair o leite só de um seio: unir a segunda conexão à conexão dupla (4);
- Ligar a conexão dupla à base;

FIGURA 8: Representação das fases de montagem da bomba extractora de leite



Fonte: Manual de Instruções da Bomba AMEDA

❖ **Utilização da bomba eléctrica:**

- Ler com atenção o manual de instruções;
- Ter atenção ao processo de limpeza e esterilização dos componentes da bomba;
- A mãe deve sentar-se confortavelmente, inclinar-se ligeiramente e colocar o mamilo e auréola na concavidade da bomba, sendo esta pressionada sobre a mama;
- Ligar a bomba;
- Regular os ciclos e vácuo até estar confortável;
- Quando o fluxo de leite parar, repetir os procedimentos na outra mama.

❖ **Limpeza e esterilização dos componentes:**

- Após cada utilização proceder à desmontagem e limpeza do equipamento;
- Lavar com água e sabão neutro todos os componentes para remover quaisquer resíduos de leite, o que pode originar o aparecimento de bactérias que podem contaminar o leite da próxima extracção;
- Deixar secar os componentes. Para secar, coloque-os sobre uma superfície com papel toalha ou um pano limpo e deixe secar naturalmente;
- Colocar todos os componentes dentro de uma manga para posterior envio para esterilização ou utilizar esterilizador “tipo doméstico”.

FREQUÊNCIA DA EXTRACÇÃO DE LEITE

OBJECTIVO: Estimular a produção de leite.

CONCEITO: O tempo entre extracções pode ser variável e ajustado às preferências e outras actividades, sem um horário rígido, como acontece com a amamentação em geral. Tal como acontece com o bebé a mamar, quanto mais vezes a mãe extrair leite, mais leite vai ter.

DESCRIÇÃO:

- ❖ Para estabelecer a lactação, alimentar um bebé de baixo peso ou RN doente:
 - Extrair no 1º dia, se possível, nas primeiras horas após o parto, mesmo sendo apenas algumas gotas de colostro;
 - Extrair o tanto quanto a mãe puder e com a mesma frequência com que o bebé mamar. Pelo menos de 3/3h, inclusive durante a noite;
 - Se a mãe extrair poucas vezes ou se os intervalos entre as extracções forem longos, pode não ser capaz de produzir leite suficiente.

- ❖ Para aumentar a produção:
 - Extrair muitas vezes durante o dia, com intervalos de 30 minutos ou 1 hora e pelo menos de 3/3 horas durante a noite.

- ❖ Para deixar leite para o bebé enquanto a mãe vai trabalhar:
 - Extrair tanto quanto possível antes de ir trabalhar;
 - Extrair o leite enquanto está no trabalho.

- ❖ Situações de ingurgitamento:
 - Extrair apenas a quantidade suficiente para aliviar o desconforto ou permitir que o bebé pegue na mama.

ESTIMULAR O REFLEXO DE OCITOCINA

OBJECTIVO: Ajudar o leite a fluir.

CONCEITO: A ocitocina é uma hormona produzida pelo hipotálamo e armazenada na hipófise anterior, tendo como função não só a promoção das contracções uterinas durante o parto mas também a ejeção de leite durante a amamentação.

Qualquer estratégia de extracção de leite, deve se acompanhada duma estimulação do reflexo de ocitocina, na medida em que esta ajuda o leite a fluir.

DESCRIÇÃO:

- ❖ Antes de amamentar, é necessário ajudar a mãe psicologicamente, desenvolvendo a sua confiança:
 - Tentar reduzir fontes de dor ou ansiedade;
 - Ajudar a mãe a ter pensamentos e sentimentos agradáveis sobre o bebé;
 - Ajudar a mãe a relaxar, com exercícios de relaxamento, como por exemplo através de uma massagem nas costas que pode ensinar à mãe ou a uma pessoa amiga. Colocar a mãe, sentada num banco ou cadeira confortável e inclinada sobre uma mesa com os membros superiores apoiados. A cabeça deve estar apoiada sobre os braços. As mamas devem ficar penduradas e sem roupa. Com as mãos fechadas, massajar com os polegares utilizando movimentos rotativos nos dois lados da coluna e exercendo uma firme pressão, de cima para baixo, do pescoço até às omoplatas, durante 2 ou 3 minutos;

FIGURA 9: Representação da massagem de relaxamento para a mãe



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- Aquecer as mamas: fazendo uma massagem nas mamas com água do chuveiro, aplicando um saco com água quente (protegendo-o com um pano) ou ainda massajando a mama com a mão (em movimentos circulares), enquanto está colocada numa taça com água morna (mama dentro de água e massagem em simultâneo);
 - Aconselhar a colocação de um creme hidratante nas mãos (para não fazer fricção) e ensinar a realizar a massagem (suave) com a ponta dos dedos ou com a mão fechada em movimentos circulares, da base da mama, em direcção à zona dos mamilos;
 - Manter o contacto pele a pele: por exemplo, ter o bebé ao colo enquanto retira o leite. Se não for possível, olhar para uma fotografia do bebé e pensar nele.
- ❖ Durante a amamentação:
- Manter, se possível, o saco com água quente (para tornar o leite mais fluido e produzir vasodilatação);
 - Aconselhar a respirar profundamente para conseguir descontrair, inspirando pelo nariz e expirando pela boca (como se estivesse a apagar uma vela);
 - Colocar seguidamente o bebé a mamar;
 - Procurar com os dedos a existência de nódulos. Se estes existirem, massajar delicadamente com a ponta dos dedos e creme hidratante, procurando orientá-los no trajecto em direcção aos mamilos;
 - Alternar as posições do bebé, para que mame nos diferentes quadrantes da mama.
- ❖ Após amamentar:
- Se as mamas ainda estão muito tensas (duras) e a mãe manifestar desconforto, extrair uma pequena porção de leite até se sentir confortável;
 - Se as mamas apresentarem tumefacção, aplicar água fria ou gelo dentro de um saco (também protegido com um pano);
 - Aplicar o próprio leite na zona dos mamilos e da auréola, para proteger e ajudar a recuperar a integridade da pele;
 - Beber uma pequena quantidade de uma bebida morna (excepto café, chá preto ou cacau), que a ajude a descontrair.

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

OBJECTIVO: Conservar o leite materno, extraído manualmente ou por bomba.

CONCEITO: Por vezes, as mães podem ter necessidade de extrair o seu leite. Tal como os outros alimentos, o leite materno também pode ser conservado no frigorífico ou congelado. Para tal, necessita de cuidados especiais. Quando o leite é congelado perde algumas das suas propriedades nutricionais e imunológicas, mas isso, em termos práticos, é negligenciável. Mesmo perdendo algumas das suas boas características, o leite materno continua a ser o melhor e o mais adequado.

DESCRIÇÃO:

- ❖ Depois de extrair o leite manualmente ou com bomba:
 - Colocar num biberão esterilizado e dentro do frigorífico, se o leite for usado nas próximas 48h (validar temperatura do frigorífico);
 - Quando no frigorífico, o leite deve ser colocado nas prateleiras e o mais atrás possível e nunca nas portas;
 - Se a mãe prevê não usar o leite nas próximas 48h, colocar num frasco ou saco de plástico esterilizado e congelar;

FIGURA 10: Equipamento utilizado para armazenamento do LM



Fonte: <http://saomarcos-lisboa.olx.pt>

- Existem no mercado diferentes equipamentos para armazenar o leite; os frascos ou sacos utilizados para este efeito devem respeitar as seguintes indicações: ser de vidro ou **de polipropileno, isento de Bisfenol** (plástico mais seguro);
- Não é aconselhável armazenar leite em qualquer outro tipo de recipiente de plástico em que se desconheça o material de que é composto (tais como copos para colheita de urina existentes no serviço);

- O leite pode ser congelado mesmo se permaneceu 48h no frigorífico;
- Colocar pouca quantidade de leite em cada recipiente, tendo em conta aquilo que se prevê que o bebé vá ingerir;
- Nunca juntar leite recém extraído ainda morno com leite já frio ou congelado;
- Registrar a data e hora da extração, o nome da criança e número da cama.

❖ Conservação do Leite Materno:

QUADRO 1: Conservação do leite materno

Temperatura ambiente (<25°C)	Frigorífico (4°C)	Congelador doméstico (porta separada)	Arca congeladora (-20° C)
6 a 8 horas	48 h	3-6 Meses	6 Meses

Fonte: CONSENSOS NACIONAIS DE NEONATOLOGIA, 2004

DESCONGELAÇÃO E AQUECIMENTO DO LEITE MATERNO

OBJECTIVO: Descongelar e aquecer o leite materno, de forma segura e sem comprometer os seus constituintes.

CONCEITO: Existem alguns cuidados específicos na manipulação do leite depois de congelado, para que possa ser administrado ao bebé de forma segura.

DESCRIÇÃO:

❖ Descongelação do Leite Materno:

- Utilizar primeiro o leite mais antigo;
- Preferir uma descongelação lenta dentro do frigorífico a – 4 °C;
- Se for **imperioso acelerar a descongelação** pode colocar o recipiente sob água corrente, primeiro fria e depois morna, mas esse leite será válido apenas para **consumo imediato**;
- Não usar o “banho-maria” (água a ferver) para descongelar ou o micro-ondas (há destruição das propriedades imunológicas e nutricionais);
- Depois de descongelado, agitar o leite, para que os seus componentes se misturem adequadamente;
- O leite materno depois de descongelado deve ser consumido nas 24h seguintes e nunca recongelado.

❖ Como aquecer o Leite Materno:

- Agitar o recipiente com leite em água quente, mas não a ferver (por exemplo, debaixo da torneira, com água corrente);
- Não aquecer no micro-ondas ou ferver o LM;
- Depois de aquecido o leite deve ser consumido de imediato (1h).

BEBÉ QUE RECUSA A MAMAR

OBJECTIVO: Ajudar a mãe e o bebé a amamentar outra vez.

CONCEITO: Bebé que recusa a mama, aparenta não querer a mama.

A recusa do bebé para mamar provoca stresse à mãe que se sente rejeitada e frustrada pela experiência e é uma razão comum para parar a amamentação.

Possíveis causas da recusa:

- Bebé doente, com dor ou sedado;
- Dificuldades na técnica da amamentação;
- Mudanças.

QUADRO 2: Causas de recusa para mamar

CAUSAS DE RECUSA PARA MAMAR	
Doença Dor Sedação	<ul style="list-style-type: none">❖ Infecção❖ Lesão cerebral❖ Dor por escoriação❖ Obstrução nasal❖ Dor na orofaringe (candidíase ou dentição)
Dificuldade com a técnica de amamentação	<ul style="list-style-type: none">❖ Alimentação com biberão ou uso de chupeta❖ Não receber leite suficiente (prega ineficaz, ingurgitamento)❖ Pressão atrás da cabeça quando colocada à mama❖ Mãe abana a mama❖ Restrição das mamadas❖ Dificuldade de coordenação e sucção
Mudança que aborrece o bebé (especialmente entre 3 e 12 meses)	<ul style="list-style-type: none">❖ Separação da mãe❖ Novos cuidadores❖ Mudança de rotinas familiares❖ Mãe doente❖ Menstruação da mãe❖ Mudança do cheiro da mãe
Nota: após 1 ano de idade é frequente o auto desmame	

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

DESCRIÇÃO:

- ❖ Avaliar o estado de saúde do bebé:
 - Avaliar a capacidade do bebé para mamar: presença de reflexos de sucção/deglutição e sua coordenação, FR (frequência respiratória), obstrução nasal, gemido, choro, prostração e hipotonia (por exemplo, relacionado com a toma de fármacos pela mãe durante o trabalho de parto...);
 - Despistar situações que provoquem dor como: pressões em lesões provocadas na extracção por fórceps ou ventosa, dentição, aftas ou infecções (ex. cândida);
 - Encaminhar quando necessário.

- ❖ Observar a mamada:
 - Despistar pegas incorrectas e ineficazes;
 - Aconselhar a mãe a amamentar em local sossegado e tranquilo para evitar a distração do bebé;
 - Aconselhar a mãe a ter o bebé o máximo tempo possível perto de si; contacto pele com pele, para que o bebé explore a mama.

- ❖ Despistar mudanças que aborreceram o bebé: alteração brusca das rotinas do bebé:
 - Questionar sobre a alimentação da mãe, produtos de higiene, perfumes...
 - Contacto precoce com tetinas e chupetas --- *nipple confusion*;
 - Restrição das mamadas, amamentação com horário rígido.

- ❖ Se bebé incapaz de mamar, extrair leite com bomba e administrar por sonda, colher ou copinho:
 - Evitar dar leite por biberão.

POUCO LEITE

OBJECTIVO: Ajudar a mãe de um bebé que não está a receber leite suficiente

CONCEITO: Algumas vezes o bebé não recebe leite em quantidade suficiente.

DESCRIÇÃO:

- ❖ Colher a história da amamentação (ver “Como colher uma história”):
 - Despistar a toma de fármacos que possam influenciar a produção de leite.

- ❖ Avaliar estado psicológico da mãe:
 - Questionar como se sente a mãe.

- ❖ Avaliar uma mamada (ver “Como avaliar uma mamada”)
 - Observar a pega, posição do bebé na mama, vínculo, rejeição e duração das mamadas;
 - Um bebé que não esvazia uma mama completamente e passa para a outra, acaba por ingerir apenas leite inicial, não ingerindo gordura, que lhe provoca saciedade e fornece energia.

- ❖ Examinar as mamas:
 - Despistar problemas mamários.

- ❖ Examinar o bebé
 - Estado geral, situações de doença, anomalias;
 - Verificar o ganho de peso do bebé;
 - Analisar o gráfico de crescimento no Boletim de Saúde Infantil. Se não existir registo, não é possível obter uma resposta satisfatória. Agendar nova avaliação para 2 dias depois.

- ❖ Verificar o volume urinário do bebé:
 - Questionar a mãe sobre com que frequência urina o bebé e quais as características da urina.

- ❖ Avaliar sinais de que o bebé pode não estar a receber leite suficiente:

QUADRO 3: Sinais de que o bebé pode não estar a receber LM em quantidade suficiente

SINAIS DE QUE O BEBÉ PODE NÃO ESTAR A RECEBER LEITE SUFICIENTE:	
CONFIÁVEIS	
PESO	<ul style="list-style-type: none">❖ Menos de 500gr / mês; 125gr / semana❖ Peso inferior ao peso de nascença após 2 semanas de vida
DÉBITO URINÁRIO	<ul style="list-style-type: none">❖ Menos de 6x/dia❖ Concentrada (amarela)❖ Cheiro Forte
Possíveis	
<ul style="list-style-type: none">❖ Bebé não satisfeito após as mamadas;❖ Bebé que chora muito;❖ Mama muitas vezes;❖ Mamadas muito longas;❖ Bebé que se recusa a mamar;❖ Bebé com fezes duras, secas ou verdes;❖ O leite não sai quando a mãe tenta extrair;❖ Mamas não aumentaram durante a gravidez.	

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

- ❖ Avaliar factores que possam influenciar o facto do bebé não estar a receber LM suficiente, ou seja, procurar uma causa:

QUADRO 4: Razões pelas quais um bebé pode não receber LM em quantidade suficiente

RAZÕES PELAS QUAIS UM BEBÉ PODE NÃO RECEBER LM SUFICIENTE:			
COMUNS		POUCO COMUNS	
<i>FACTORES RELACIONADOS COM A AMAMENTAÇÃO</i>	<i>FACTORES PSICOLÓGICOS</i>	<i>CONDIÇÕES FÍSICAS</i>	<i>CONDIÇÕES DO BEBÉ</i>
Início tardio	Falta de confiança	Dor (mamilos gretados ou complicações do parto)	Doença
Mamadas pouco frequentes e/ou curtas	Preocupações, stresse, depressão pós parto	Desnutrição severa	Bebé sedado
Ausência de mamadas nocturnas	Falta de motivação ou prazer em amamentar	Fármacos (anticoncepcionais com estrogéneos ou diuréticos)	Anomalias (lábio leporino ou freio curto da língua)
Pega ineficaz		Álcool e tabaco	Rejeição do bebé
Uso de biberão ou chupeta		Deficiente desenvolvimento mamário (muito raro) ou cirurgia de redução mamária	
Alimentação complementar			

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

❖ Desenvolver confiança na mãe:

- Mostrar empatia e aceitar aquilo que a mãe diz e os seus sentimentos;
- Corrigir as ideias erradas mas não de uma forma crítica;
- Elogiar o facto de ainda estar a amamentar;
- Explicar como funciona o aleitamento materno;
- Explicar como aumentar a produção de leite, caso seja esse o problema (aconselhar a amamentar mais vezes ou estimular com bomba);
- Se usar biberão, sugerir parar. Aconselhar o uso do copo por exemplo;
- Explicar que há bebés que mamam de hora/hora, se for este o caso (picos de crescimento);
- Fazer o seguimento da criança: avaliação diária se possível, e posteriormente semanal até que o bebé aumente de peso e a mãe se sinta confiante. Pode demorar 3 a 7 dias para aumentar de peso.

CHORO

OBJECTIVO: Ajudar uma família com um bebé que chora muito.

CONCEITO: Um bebé que chora muito pode perturbar o relacionamento entre ele e a sua mãe e causar tensão entre outros membros da família. Muitas mães iniciam suplementos desnecessariamente, porque consideram que os seus bebés “choram demais”, pensam que estão com fome, e que não têm leite suficiente.

DESCRIÇÃO:

- ❖ Tentar encontrar uma causa para o bebé chorar muito:
 - Colher a história da amamentação, nomeadamente em termos de alimentação da mãe, estilos de vida, pressões familiares (ver “Como colher uma história”);
 - Avaliar uma mamada, nomeadamente em termos de posição do bebé e duração da mamada (ver “Observação da Mamada”);
 - Examinar o bebé (estado geral, doença, dor, crescimento) e encaminhar se necessário.

QUADRO 5: Razões pelas quais os bebés choram

RAZÕES PORQUE OS BEBÉS CHORAM
❖ Desconforto (sujos, calor, frio)
❖ Cansaço (muitas visitas, excesso de estimulação)
❖ Doença ou dor
❖ Fome (não recebe leite suficiente; picos de crescimento)
❖ Alimentação materna
❖ Drogas que a mãe tome (cafeína, chá, tabaco, fármacos)
❖ Cólicas

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

❖ Se fome devido a surtos de crescimento:

- Explicar à mãe que o bebé parece ter muita fome durante alguns dias, possivelmente porque está a crescer mais rápido do que antes e exige ser alimentado mais vezes;
- Explicar que isto é comum na 2^a/3^a semana de vida, 6^a semana e aos 3 meses;
- Aconselhar a dar de mamar sempre que o bebé quer: a produção de leite aumenta e ele volta a mamar menos outra vez.

❖ Se má adaptação à mama:

- Corrigir a pega e ensinar à mãe sinais de pega eficaz;
- Explicar à mãe que é muito importante que o bebé esvazie completamente a mama;
- Explicar que o leite inicial tem essencialmente água, açúcar (lactose) e proteínas e que o leite no final da mamada possui gordura, que é aquilo que dá energia e saciedade ao bebé.

❖ Se relacionado com a alimentação da mãe:

- Explicar à mãe que existem substâncias, que quando ingeridas, passam para o leite materno e podem causar desconforto ao bebé (ex. soja, amendoim, ovos, feijão, grão, etc.);
- Aconselhar a mãe a evitar um alimento que ela notou que fez o bebé passar mal;
- Não dizer para parar com esse alimento mas sugerir para não o comer durante uma semana e avaliar o comportamento do bebé;
- Informar que isto pode acontecer com qualquer alimento e não há nenhum que deva especialmente evitar, a menos que haja história na família de antecedentes alérgicos (morangos, citrinos, peixe...).

❖ Se relacionado com drogas que a mãe usa:

- Sugerir a redução da ingestão de cafeína, chá ou Coca-Cola pois pode ser a razão para o bebé ficar mais agitado;
- Se fuma, aconselhar a reduzir e que fume após as mamadas, não antes nem durante;
- Evitar ambientes com fumo ou estar juntos de pessoas que fumem com o bebé.

❖ Se relacionado com cólicas:

- Explicar à mãe que o choro típico das cólicas é muito diferente dos outros padrões de choro;
- Informar que é uma situação normal e que há bebés que têm um intestino muito activo ou com gases, mas a causa não é clara e que é menos frequente depois dos 3/4 meses;
- Informar a mãe que o “choro da cólica” é mais frequente ao final da tarde e noite, o bebé fica difícil de confortar, muito vermelho e pode encolher as pernas;

- Ensinar a mãe a fazer massagem abdominal para o alívio das cólicas; explicar como confortar o bebé, segurando-o próximo de si, com movimentos delicados e fazer uma suave pressão sobre o seu abdómen;
 - Mostrar à mãe a importância e a forma de colocar o bebé a eructar.
- ❖ Desenvolver confiança e dar apoio:
- ✓ Aceitar o que a mãe pensa sobre a causa do problema;
 - ✓ Elogiá-la naquilo que está a fazer certo.

BEBÉS COM BAIXO PESO AO NASCER (BPN) OU DOENTES

OBJECTIVO: Manter a lactação, mesmo quando o bebe não pode ser colocado à mama.

CONCEITO: O termo baixo peso ao nascer significa um peso de nascimento menor que 2500gr. Um bebé nesta situação pode ser prematuro, pequeno para a idade gestacional, ou ambos. Estes bebés têm um risco elevado de infecções e necessitam mais de leite materno que qualquer outro bebé sendo o leite pré-termo da mãe especialmente adaptado às suas necessidades, contendo proteínas e factores infecciosos extra. Por sua vez, os bebés doentes podem não ser capazes de receber alimentação oral e muito menos serem colocados à mama.

DESCRIÇÃO:

- ❖ **Promover o contacto pele a pele/método canguru;**
- ❖ **Incentivar a mãe a extrair o leite manualmente ou por bomba de forma a administrá-lo ao bebé.**

- ❖ Bebés com < 30 a 32 semanas de IG:
 - Administrar leite por sonda naso ou orogástrica;
 - Promover a sucção não nutritiva enquanto recebe o leite por sonda. Isto estimula o tracto digestivo e ajuda a ganhar peso.

- ❖ Bebés entre as 30 e 32 semanas de IG:
 - Podem ser alimentados por um copinho ou com colher;
 - Começar a tentar amamentar uma a duas vezes por dia, enquanto está a ser alimentado por sonda.

- ❖ Bebés com > 32 semanas de IG:
 - Tentar colocar à mama;
 - Continuar a dar o leite extraído por copinho ou sonda, para assegurar que o bebé recebe tudo o que precisa.

❖ Bebés doentes:

- Informar a mãe da importância de permanecer junto do bebé para poder amamentá-lo;
- Encorajar a mãe a amamentar o bebé com frequência (pode aumentar o número de mamadas até 12x dia ou mais), mesmo que as mamadas sejam curtas;
- Caso o bebé não possa ser alimentado, ajudar a mãe a extrair o leite manualmente ou com bomba para manter a produção de leite;
- A mãe deve extrair com a mesma frequência com o que o bebé mamar, e mesmo durante a noite;
- Conservar o leite extraído para posterior administração à criança;
- O leite poderá ser administrado por copo, colher ou seringa.

QUADRO 6: Quantidade de leite para bebés que não podem mamar na mama

QUANTIDADE DE LEITE PARA BEBÉS QUE NÃO PODEM MAMAR NA MAMA
<p style="text-align: center;"><u>Bebés com 2,5 Kg ou +</u></p> <p>150 ml/Kg/dia ---- dividir o total por 8 refeições (3/3H)</p>
<p style="text-align: center;"><u>Bebés com < de 2,5 Kg (BPN)</u></p> <p>1º dia: 60 ml /Kg/dia (muitos autores referem 80 ml/Kg) Aumentar o volume total em 20 ml/Kg/dia, até que o bebé ingira um total de 200 ml/Kg/dia Continuar até que o bebé pese 1800 Kg ou + e esteja a ser completamente amamentado</p>
<p>Nota: Verificar a quantidade de leite ingerida pelo bebé nas 24h. A quantidade de leite ingerida por refeição pode variar.</p>

Fonte: OMS/UNICEF, 1997

ADMINISTRAÇÃO DE LEITE POR COPO

OBJECTIVO: Promover o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno exclusivo evitando a utilização precoce de tetinas e consequentemente o “nipple confusion”.

CONCEITO: Administrar leite materno ou outro alimento por copo ao bebé amamentado, de forma a evitar o “nipple confusion”. O “nipple confusion” ou confusão de mamilos, resulta do bebé usar técnicas diferentes de sucção na mama e na teta. O RN apresenta dificuldade em obter uma configuração oral correcta, uma pega e um padrão de sucção adequados para o sucesso do aleitamento materno após a alimentação por biberão ou exposição a um bico artificial.

DESCRIÇÃO:

❖ Indicações:

- Administrar leite quando a amamentação ainda não é possível;
- Alimentar um bebé amamentado quando a sua mãe está ausente;
- Mãe com problemas nas mamas, que dificultam a amamentação;
- Complementar a amamentação, se necessário;
- Minimizar o dispêndio de energia de um bebé;
- Administrar medicação oral;
- Assegurar reforço hídrico na icterícia, hipoglicémia, desidratação, prematuridade;
- Alimentar bebés com descoordenação de sucção/deglutição;
- Mãe que toma medicação temporária, incompatível com a amamentação;
- Reduzir a necessidade de entubação naso ou orogástrica;
- RN com mais de 32 semanas de gestação.

❖ Contra-Indicações:

- RN com idade inferior a 32 semanas
- Bebés com a possibilidade de aspiração de leite;
- Reflexo da tosse débil;
- Bebé letárgico;
- Défices neurológicos.

❖ Técnica:

- Assegurar que o bebé está calmo (mas não adormecido);
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Colocar o leite no copinho (máximo 2/3 da capacidade do copo);
- Colocar mais 5 ml de leite do que a quantidade a oferecer;
- Verificar a temperatura do leite;
- Adoptar uma posição confortável;
- Posicionar o bebé na posição semi-sentado ou sentado, contendo-lhe os braços para evitar acidentes com o copo;
- Apoiar bem os ombros e a cabeça do bebé, a cabeça não deve ficar inclinada para trás;
- Apoiar o copo gentilmente sobre o lábio e gengiva inferiores;
- Adaptar o bordo a toda a área, entre as duas comissuras labiais;
- Inclinare levemente o copo para que a criança sinta o leite nos lábios;
- Permitir que o bebé vá recolhendo com a língua, para depois deglutir;
- Oferecer o leite e deixar o bebé impor o seu ritmo; máximo de 30 minutos/evite a fadiga;
- Não despejar o leite dentro da boca do bebé;
- Interromper o processo se este se manifestar inadequado ou desagradável;
- Interagir com a criança durante a alimentação;
- Oferecer o copinho até que a criança manifeste sinais de estar saciada;
- Colocar o bebé a eructar.

FIGURA 11: Administração de leite por copo



Fonte: <http://www.oguiadacidade.com.br>

MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS

OBJECTIVO: Tornar os mamilos mais proeminentes, capacitando a mãe para amamentar.

CONCEITO: O mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo após o parto, pelo que não é necessário fazer qualquer manobra ou usar qualquer método durante a gravidez. A utilização de estimulação à formação dos mamilos e de formadores de mamilos durante a gravidez, é desaconselhada, dado que a estimulação pode desencadear contracções uterinas e, não há evidência científica que os formadores de mamilo ajudem a melhorar o seu formato, podendo ainda lesá-lo.

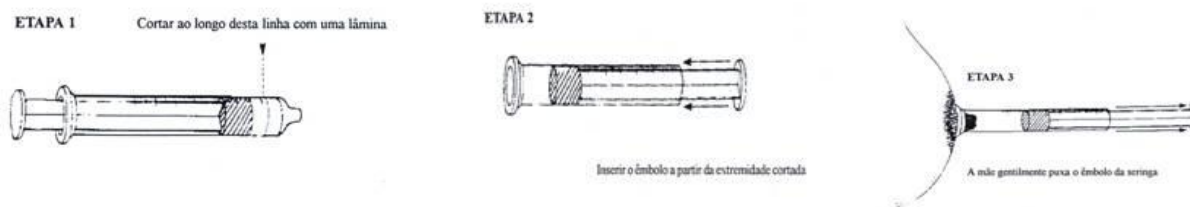
Mamilo invertido - ausência total do mamilo.

Mamilo plano - situa-se no mesmo nível da auréola, pouco elástico.

DESCRIÇÃO:

- ❖ Logo após o parto:
 - Desenvolver confiança na mãe; explicando que o bebé mama na mama e não no mamilo, dado que o mamilo é só 1\3 da porção da mama que o bebé deve introduzir na boca para sugar correctamente;
 - Promover o contacto pele a pele e deixar o bebé explorar as mamas;
 - Ajudar a mãe a colocar o bebé à mama;
 - Tentar diferentes posições;
 - Ajudar a exteriorizar o mamilo antes das mamadas com bomba extractora ou seringa, como representado na figura seguinte. Realizar este exercício, várias vezes ao dia, cerca de 30 a 60 segundos e sempre antes de amamentar.

FIGURA 12: Exteriorização dos mamilos com seringa



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

MAMILOS FISSURADOS

OBJECTIVO: Prevenir o aparecimento de gretas ou fissuras nos mamilos e, em caso de já existirem, promover a rápida cicatrização do mamilo.

CONCEITO: Quando o bebé não pega correctamente na mama e suga apenas no mamilo, torna-o sensível, podendo mesmo conduzir a gretas e fissuras, transformando a amamentação num processo doloroso para a mãe.

DESCRIÇÃO:

- ❖ Prevenir as fissuras:
 - Colocar o bebé na mama na posição correcta e verificar os sinais de pega eficaz;
 - Não interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;
 - Para interromper a mamada, colocar um dedo suavemente na boca do bebé;
 - Lavar os mamilos apenas durante o banho diário, evitando o uso de sabão nessa zona;
 - Não esfregar os mamilos com a toalha após o banho;
 - Colocar umas gotas de leite à volta do mamilo após o banho e no fim de cada mamada.

- ❖ Para tratar os mamilos dolorosos ou com fissuras:
 - Corrigir a pega e orientar a mãe para continuar a amamentar (a maior parte das vezes a dor desaparece logo após essa correcção);
 - Sugerir iniciar a mamada pelo mamilo não doloroso;
 - Se a dor se mantiver intensa após correcção da pega, a mãe pode retirar o leite e dar ao bebé por copo ou colher até que o mamilo melhore ou cicatrize;
 - Aconselhar a aplicar sempre leite materno nos mamilos após o banho e após as mamadas (facilita a cicatrização);
 - Aconselhar a não utilizar os discos de protecção, dar preferência a um protector de mamilos;
 - Expor os mamilos ao ar e breves minutos ao sol, nos intervalos das mamadas;
 - Se a mãe utilizar os mamilos artificiais, deve tentar deixar de os usar, pois o bebé habitua-se e pode não conseguir pegar directamente na mama.

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

OBJECTIVO: Prevenir a ocorrência de mastite.

CONCEITO: Quando o leite não é removido as mamas ficam dolorosas, edemaciadas, tensas, brilhantes ou avermelhadas, o mamilo fica apagado e o leite não pinga. Pode ainda haver febre durante 24h.

Causas:

- ❖ Abundância de leite;
- ❖ Mamadas pouco frequentes;
- ❖ Início tardio da amamentação;
- ❖ Pega inadequada.

DESCRIÇÃO:

- ❖ Para tratar o ingurgitamento é essencial retirar o leite. Se o leite não é removido, forma-se um abscesso (mastite) e a produção de leite diminui.
 - Aconselhar a mãe a não “descansar”, ou seja, não parar de amamentar na mama ingurgitada;
 - Encorajar a amamentação em horário livre;
 - Assegurar uma boa pega;
 - Pode ser necessário extrair um pouco de leite manualmente ou com bomba para fazer com que a mama fique mole o suficiente para o bebé mamar;
 - Estimular o reflexo de ocitocina antes da mamada:
 - ✓ Colocar compressas mornas na mama ou tomar um banho de chuveiro;
 - ✓ Ajudar a mãe a relaxar;
 - ✓ Massajar o pescoço e as costas;
 - ✓ Massajar a mamas com suavidade;
 - ✓ Estimular o mamilo.
 - Depois da mamada para reduzir o edema, colocar compressas frias na mama.

DUCTOS BLOQUEADOS E MASTITE

OBJECTIVO: Prevenir infecções mamárias.

CONCEITO: Os ductos ficam bloqueados quando, já depois de uma situação de ingurgitamento, o leite espesso não é removido de uma parte da mama, ficando aí retido. Manifesta-se por tumefacção / nódulo mole / macio, rubor localizado e apirexia.

Quando este leite não removido inflama o tecido mamário circundante origina uma mastite não infecciosa. Se a mama é infectada por bactérias dá origem a uma mastite infecciosa, evidenciando edema, rubor, dor forte, febre e mal-estar.

Causas:

- ❖ Má drenagem de uma parte ou toda a mama, devido a:
 - ✓ Mamadas pouco frequentes;
 - ✓ Sucção ineficaz (pega ineficaz);
 - ✓ Pressão de roupas, como soutien ou posição de dormir;
 - ✓ Pressão dos dedos da mãe durante a mamada;
- ❖ Agressão do tecido mamário (trauma);
- ❖ Entrada de bactérias (fissuras).

DESCRIÇÃO:

- ❖ Para tratar o ingurgitamento é essencial melhorar a drenagem das mamas:
 - Verificar a pega e se necessário corrigir;
 - Despistar pressão de roupas ou dedos sobre zonas da mama;
 - Despistar drenagem ineficaz em mamas grandes;
 - Aconselhar mamadas frequentes e começar pela mama não afectada;
 - Variar posições da amamentação;
 - Se necessário extrair leite com bomba;
 - Massajar à volta dos mamilos;
 - Colocar compressas quentes.

Se Fissuras, sintomas mais graves e ausência de melhoras em 24h ----- tratar com Antibiótico, Analgésicos e Repouso Absoluto.

5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Em Portugal, os dados encontrados sobre a prevalência do aleitamento materno são escassos, no entanto, a evolução do aleitamento materno parece ser semelhante à ocorrida noutros países da Europa, assistindo-se nos últimos anos a uma taxa de prevalência bastante elevada à nascença e a uma queda acentuada nos primeiros tempos de vida, principalmente após o 1º e 4º meses (LEVY, 1994).

Segundo dados da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, em 1985, “ (...) a prevalência do aleitamento materno em Portugal era de 95% à nascença, ao mês [de vida] de 50%, aos 3 meses de 33% e aos 6 meses de 11%” (LEVY 1994, p.193).

Para conhecer a realidade nacional actual, a DGS (Direcção Geral de Saúde) criou recentemente o Observatório do Aleitamento Materno, um organismo instalado em alguns "Cantinhos da Amamentação" actualmente existentes nos serviços de saúde, com a função de recolher e disponibilizar dados sobre o aleitamento. Só através de um conhecimento da realidade se poderá planear e intervir de forma efectiva e eficiente.

De destacar, as recentes investigações sobre as atitudes dos profissionais que exercem influência na decisão de amamentar (KISTIN, BENTON, RAO, & SULLIVAN, 1990; REIFF & ESSOCKVITALE, 1985). Só desta forma os técnicos poderão reflectir sobre os seus próprios valores e atitudes, conhecimentos e necessidades de formação, de forma a melhorar a sua prestação de cuidados e a aumentar a qualidade nos serviços de saúde, e claro, contribuir assim para ganhos em saúde.

No seguimento das políticas adoptadas recentemente, começam agora a surgir estudos sobre a Iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés”, por forma a avaliar a efectividade dessas medidas e o contributo das mesmas para um aumento da prevalência da amamentação.

Verifica-se ainda um interesse acrescido dos investigadores sobre o papel do pai na amamentação, o que se tem evidenciado nas últimas teses de mestrado.

Sobre este projecto especificamente, o qual deu origem a este Manual de Boas Práticas, temos como finalidade avaliar a efectividade de um “Cantinho da Amamentação”, ou seja, em que medida a implementação deste projecto, contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados em torno da amamentação e consequentemente nas taxas de aleitamento materno, utilizando como indicadores a taxa de abandono da amamentação e o nº de crianças a quem foi introduzido leite de fórmula, em contexto de hospitalização.

GLOSSÁRIO

ACEITAR - Repetir o que a pessoa diz de forma diferente.

ACONSELHAMENTO - Uma forma de trabalhar com pessoas, compreendendo os seus sentimentos e ajudando-as a tornarem-se mais confiantes e a decidirem o que devem fazer.

ALERGIA - Sintomas que podem estar relacionados com alimentos, mesmo que em pequena quantidade (não está relacionada com a quantidade ingerida).

ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL – Qualquer tipo de leite ou outro líquido dado em vez de leite materno.

ALIMENTADO ARTIFICIALMENTE - Recebe apenas alimentos artificiais sem nenhum leite materno.

ALIMENTOS COMPLEMENTARES - Alimentos sólidos dados a partir da idade de 4 a 6 meses.

ALOJAMENTO CONJUNTO - Permanência do bebé no mesmo quarto que a mãe.

AMAMENTAÇÃO POR LIVRE DEMANDA - Alimentação de um bebé quando ele quiser, de dia e de noite.

AURÉOLA - Pele escura que rodeia o mamilo.

BAIXO PESO AO NASCER (BPN) - Peso menor que 2,5 kg ao nascimento.

BILIRRUBINA - Produto resultante da degradação da hemoglobina, que causa icterícia.

BOMBAS PARA EXTRAIR LEITE - Aparelhos para extrair leite das mamas.

CALORIAS - Medida da energia disponível no alimento.

CÂNDIDA - Fungo que pode infectar o mamilo, a boca do bebé e as nádegas.

CÓLICA - Choro regular, por vezes com sinais que sugerem dor abdominal, em certos períodos do dia.

COLOSTRO - Leite materno especial que as mulheres produzem nos primeiros dias após o parto de cor amarelo ou de cor clara.

COMPRESSA FRIA - Pano molhado frio para colocar sobre as mamas.

COMPRESSA QUENTE - Pano molhado morno para colocar sobre as mamas.

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL - Atitude mostrada através da postura e expressão física.

CONFIANÇA - Acreditar em si mesmo e na sua própria habilidade para fazer as coisas.

CONFUSÃO DE BICOS (NIPPLE CONFUSION) - Termo usado para descrever a dificuldade do bebé, alimentado habitualmente com biberão, para pegar adequadamente na mama.

CONTAMINADO - Contém bactérias ou outras substâncias que podem causar problema.

CONTACTO PELE - A- PELE - A mãe segura o bebé nu contra a sua própria pele.

CONTACTO PRECOCE - A mãe segura o bebé durante a primeira hora ou até 2 horas após o parto.

DESMAME POR CONTA PRÓPRIO - Bebé geralmente com mais de 1 ano de idade que decide parar de mamar.

DISTRACÇÃO - O bebé abandona a mama, porque se distraiu pela presença de outra coisa como ruído.

DUCTOS LACTÍFEROS - Pequenos canais que transportam leite para o mamilo.

DUCTO BLOQUEADO - O ducto da mama está obstruído e o leite não flui.

EDEMA - Inchaço causado por retenção de líquido.

EMPATIA - Habilidade de se colocar na posição do outro, de mostrar que percebe como a pessoa se sente.

EQUIPAMENTO DE RELACTAÇÃO - Um tubo (uma sonda) através do qual o bebé pode receber leite de fórmula ou materno, enquanto mama.

ESTASE DO LEITE - Permanência do leite na mama, não flui.

FACTORES ANTI-INFECCIOSOS - Factores que previnem ou combatem a infecção.

FACTORES DE CRESCIMENTO - Substâncias no leite materno que promovem o crescimento e desenvolvimento do intestino e que ajudam na recuperação da diarreia.

FENDA LABIAL OU PALATINA - Divisão anormal do lábio ou palato.

FISSURA - Rotura na pele.

FREIO DA LÍNGUA - A parte de tecido abaixo da língua que faz a ligação com o assoalho da boca.

GLÂNDULA DE MONTGOMERY - Pequenas glândulas na auréola que segregam um líquido oleoso.

HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO - Toda a informação relevante sobre o que acontece entre a mãe e o bebé e como decorreu o aleitamento.

ICTERÍCIA - Cor amarela da pele e conjuntivas.

IDADE GESTACIONAL - Número de semanas que o bebé completou.

INGURGITAMENTO - Mamas com retenção de leite, sangue e líquido tecidual. As mamas ficam doridas e o leite não flui bem.

INTOLERÂNCIA - Inabilidade para tolerar um determinado alimento; os sintomas estão relacionados com a quantidade.

JULGAMENTO - Palavras que sugerem que alguma coisa está certa ou errada, boa ou má (que soam como).

LACTAÇÃO HUMANA - Processo fisiológico de produção do leite materno.

LACTOSE - Açúcar especial presente em todos os leites.

LEITE ANTERIOR - Leite materno que é produzido no início de uma mamada.

LEITE DE FÓRMULA - Leite artificial para bebés feito de uma variedade de produtos incluindo açúcar, leite de animais, soja, e óleos vegetais.

LEITE MADURO - O leite materno que é produzido após alguns dias.

LEITE MATERNO EXTRAÍDO - Leite que foi retirado, extraído da mama da mãe, rico em gorduras e que é produzido na fase final da mamada.

LIPASE - Enzima para digerir gorduras.

MAMADAS RESTRITAS - Quando a frequência ou duração das mamadas são limitadas de alguma forma.

MAMILO INVERTIDO - Um mamilo que não está exteriorizado, que se retrai quando a mãe tenta colocá-lo para fora.

MAMILO PLANO - Mamilo que se exterioriza menos do que a maioria.

MAMILOS DORIDOS - Dor no mamilo e na auréola quando o bebé mama.

MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO – Continuação da amamentação até aos 2 ou mais anos.

MASTITE - Inflamação das mamas.

MASTITE INFECCIOSA - Mastite devida a infecção bacteriana.

MASTITE NÃO INFECCIOSA - Mastite devido à saída do leite dos alvéolos para dentro do tecido mamário, sem contaminação bacteriana.

MONILÍASE - Infecção causada pelo fungo *Cândida* caracterizada por manchas brancas na boca do bebé (vulgo “sapinhos”).

OCITOCINA - Hormona que faz com que o leite flua da mama.

EXTRACÇÃO - Retirar o leite materno manualmente ou com o uso de bombas.

PALPAÇÃO - Exame através das mãos.

PARCIALMENTE AMAMENTADO - Bebé amamentado que também recebe alimentação artificial.

PEGA - A forma pela qual o bebé coloca a mama na sua boca; o bebé pode ter uma boa pega ou uma pega ineficaz.

PERGUNTAS ABERTAS - Questões que só podem ser respondidas dando informações e não apenas sim ou não.

PERGUNTAS FECHADAS - Questões que podem ser respondidas com sim e não.

POSIÇÃO DE TESOURA - Posição de segurar a mama entre os dedos indicador e médio enquanto o bebé mama.

POUCO EXTERIORIZADO - Dificuldade para alongar ou formar um mamilo.

PREMATURO, PRÉ-TERMO - Nascido antes das 37 semanas de gestação.

PROLACTINA - Nutriente necessário para o crescimento e reconstituição de tecidos corporais.

PROTRÁCTIL -. Fácil de exteriorizar. O mamilo e tecidos circundantes necessitam de ser protracteis para o bebé mamar eficientemente.

RECUSA A MAMAR - O bebé que não quer mamar na mama da mãe.

REFLEXO - Uma resposta automática através do sistema nervoso.

REFLEXO DE DEGLUTIÇÃO - O reflexo do bebé para deglutir ou engolir quando a boca se enche de líquido.

REFLEXO DE DESCIDA E EJECCÃO DE LEITE - Fluxo de leite da mama devido a libertação de ocitocina.

REFLEXO DE SUCCÃO - Reflexo do bebé para mamar automaticamente alguma coisa que toca no seu palato.

REFLEXO DE ROTAÇÃO E BUSCA - Reflexo do bebé para abrir bem a boca e virar-se para encontrar o mamilo.

RELACTAÇÃO – Mãe que começou a amamentar outra vez e a produzir leite depois de ter parado.

MAMAS CHEIAS - Mamas que estão cheias de leite, quentes, pesadas e endurecidas, mas das quais o leite flui.

SEIOS LACTÍFEROS -. Parte larga dos ductos lactíferos, onde o leite materno é depositado.

SIMPATIZAR - Mostrar o que sente pela pessoa e sentir-se bem com a mesma.

SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO - Qualquer produto, alimento ou líquido que é usado para substituir o leite materno ou a amamentação.

SUCCÃO - Uso de pressão negativa para introduzir alguma coisa na boca.

SUCCÃO À MAMA - Acção feita pelo bebé para remover leite da mama, mamar.

SUCCÃO DO MAMILO - Quando o bebé pega somente o mamilo na boca e assim, não mama eficientemente.

SUCCÃO EFECTIVA - Forma de mamar na qual o leite é removido eficientemente da mama.

SUCÇÃO INEFICIENTE - Mamar de uma forma que o leite não é retirado da mama ou não é removido.

SUPORTE - Ajuda, apoio.

SURTO DE CRESCIMENTO - Aumento rápido da fome durante alguns dias.

TOQUE APROPRIADO - Tocar de uma forma socialmente aceitável.

VÍNCULO - Relação íntima e amorosa desenvolvida entre a mãe e o bebé.

VITAMINA A - A vitamina que previne a cegueira devida a xeroftalmia.

VITAMINA B - Há vários tipos de vitamina B: elas ajudam a controlar o trabalho do corpo.

VITAMINA C - A vitamina nas frutas e vegetais que previne o raquitismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque d' - O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica. Tese de doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. 1996.

ANTUNES, L; CORUINA, M; MAIA, L. - Breastfeeding as a source of prevention in healthcare. *Ciência e Saúde Colectiva*. Nº 13. 2006. p. 103-109.

BOWLBY, John - Apego e Perda. Vol. 1. S. Paulo: Martins Fontes, 1984.

CHAGAS, Catarina - Hospitalização de bebés tem impacto negativo sobre o aleitamento materno. Acedido a 2010-12-10. Disponível em <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=1789&sid=9&tpl=printerview>.

CHEN, A., ROGAN, W. J. - Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*. nº113, 2004, p. 435-439.

CUSHING, A. H. et al □- Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in *infants*. *AMJ. Epidemiology*, Nº147, 1998, p. 863-870.

DGS - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Acedido a 2010-12-27. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>

FRANCO, L.; REINOLDS, P. - Factores associados ao abandono do aleitamento materno pela múltipara. Monografia apresentada no âmbito do curso de complemento de formação em Enfermagem, Funchal, ESESJC, 2002.

FREUDENHEIM, J. L. et al - Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. *Epidemiology*. nº5, 1994, p. 324-331.

GALVÃO, Dulce - Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Loures: Lusociência, 2006.. 199p. ISBN 972-8930-11-9.

GDALVICH, M. - Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol*. 2001, nº 45, p. 520-527. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11568741> a 05 de Abril de 2010.

GOMES-PEDRO, João - A criança e a nova Pediatria. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1999. ISBN 972-31-0827-5.

GOMES, António; ROCHA, Luísa - Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. *Coimbra. Saúde Infantil*, Vol.20, nº3. Dezembro, 1998. p.59-66.

HANSON, L.A. - The mother-offspring dyad and the immune system. *Acta Paediatr*. nº 89, 2000,p. 252-258.

HAWKES, J.S.; NEUMANN, M.A.; GIBSON, R.A. - The effect of breastfeeding on lymphocyte subpopulations in healthy term infants at 6 months of age. *Pediatric Res.* nº 45,1999, p. 648-651.

ICN - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão B2. Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2010

KISTIN, N.; BENTON, D.; RAO, S., e SULLIVAN, M. - Breastfeeding Rates Among Black Urban Low-Income Women: Effect of Prenatal Education. *Pediatrics.* nº 86. 1990, p. 741-746.

KRAMER, M.S. et al - Promotion of breastfeeding intervention trial: A randomized trial in the republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association.* nº 285, 2001, p. 413-420.

LEVY, Leonor - A alimentação no primeiro ano de vida. *Revista Portuguesa de Pediatria.* Lisboa. ISSN 0301-147X. vol 25. nº3 .Maio/Junho, 1994, p.191-204.

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena - Manual do Aleitamento Materno. Portugal: Edição Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2002. 43p. ISBN 96436.

LÓPEZ-ALARCON, M. VILLALPANDO S., FAJARDO, A.- Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *Journal of Nutrition.* nº 127,1997, p.436-443.

MAIA, M.J.C. - O Papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, ICBAS, 2007.

MAMA MATER. Proposta para instalação do Cantinho da Amamentação. Acedido a 2011-01-10. Disponível em <http://www.slideshare.net/bibliotecavirtualam/cantinho-da-amamentao-proposta-para-instalao>

MARTÍN, R. M. et al - Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *American Journal Epidemiology*, Nº161, 2005, p.15-26.

MOLEIRO, A.; GOMES, A.; NONA, M. - Aleitamento Materno. Consensos Nacionais de Neonatologia. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra, 2004. p 113-116.

NETO, Maria Teresa, - Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na prevenção. *Acta Pediátrica Portuguesa*, Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006, p.23 -26.

OMS – Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra, 1989. ISBN 92806 00419.

OMS/UNICEF- Aconselhamento em Amamentação. Um curso de Treino. Guia do Treinador. Lisboa. OMS/UNICEF. 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Alimentação Infantil: Bases Fisiológicas. São Paulo: James Akre Editor, 1994.

OMS/UNICEF - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante. OMS/UNICEF, 1997. 186p.

Projecto "Cantinho da Amamentação" do Serviço de Pediatria do CHTV

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Rede de Cuidados de Saúde Primários: Modelos de gestão dos Centros de Saúde. Revista Ordem dos Enfermeiros, nº 12, Maio, 2004. p. 12-14.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde, 1999. 103 p. ISBN 972-9425-69-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos: prioridades. Lisboa: DGS, 1ºvol. 2004a. 88p. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos: orientações estratégicas. Lisboa: DGS, 2º vol. 2004b. 216p. ISBN 972-675-110-1.

QUATTRONE F. Dell Oso et al - Abandono de la lactancia como consecuencia de la internación pediátrica. Rev. Med Infant 1995. nº2. p.97-9

REIFF, M.I.; ESSOCK-VITALE, S.M. - Hospital Influences on Early Infant-Feeding Practices. Pediatrics. Nº 76. 1985. p. 208-215.

SARAIVA, Helena - Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção. Lidel Edições Técnicas, Lda. Abril 2010. ISBN: 978-972-757-659-3.

SILVA, Diana Veloso; FONSECA, Sandra - Aleitamento materno: uma alimentação ecológica e inteligente. Porto, Editor Norberto Teixeira dos Santos, 1997.

SINGHAL, A. et al □- Lactancia materna y el perfil de lipoproteínas en los adolescentes. *The Lance*, Nº 363, 2004, p. 1571-1578.

SOUZA, Edna L. et al - Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008, vol. 24 nº5, p.1062-1070.

UK CHILDHOOD CANCER STUDY INVESTIGATORS - Breastfeeding and childhood cancer. Br J Cancer nº85, 2001, p. 1685-1694.

UNICEF - Situação da amamentação no mundo dos anos 90. Acedido a 2010-12-06. Disponível em <http://www.aleitamento.org.br/indices90.htm>

WHO - Indicators for assessing breastfeeding practices. Genebra. World Health Organization, 1991.

ANEXOS

ANEXO I - Formulário História de Amamentação

FORMULÁRIO HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO

Nome da Mãe:	
Nome do Bebê:	Data Nascimento: __/__/__
Data da Entrevista: __/__/__	

ALIMENTAÇÃO ACTUAL DO BEBÉ

- ✓ Características das mamadas (dia/noite)
- ✓ Frequência
- ✓ Intervalo Máximo
- ✓ Tempo que a mãe está longe do bebé
- ✓ Lateralidade (uma mama ou duas mamas)
- ✓ Suplementos e água (o que dá)
- ✓ Quando começou
- ✓ Quanto
- ✓ Como (biberão, copo)
- ✓ Chupeta (sim/não)

SAÚDE E COMPORTAMENTO DO BEBÉ

- ✓ Peso ao nascer / Peso Actual
- ✓ Crescimento
- ✓ Prematuridade / Gemelaridade
- ✓ Volume Urinário (pelo menos 6x dia)
- ✓ Fezes (moles/duras, amarelas, esverdiadas) / Frequência
- ✓ Comportamento Alimentar (apetite, vômitos)
- ✓ Sono e suas características
- ✓ Doença/Anomalias

GRAVIDEZ, NASCIMENTO, PRIMEIROS ALIMENTOS

- ✓ Gestação planeada/ desejada
- ✓ Preparação para o parto
- ✓ Amamentação foi discutida?
- ✓ Alojamento Conjunto / Contacto inicial (1º meia hora)
- ✓ Alimentação prévia à amamentação
- ✓ O que foi dado
- ✓ Amostras de leite dadas à mãe (como foi dados)
- ✓ Ajuda na amamentação nos pós parto

SITUAÇÃO MATERNA E PLANEAMENTO FAMILIAR

- ✓ Idade da mãe
- ✓ Saúde
- ✓ Álcool, tabaco, café, outras drogas
- ✓ Método de planeamento familiar
- ✓ Problemas da mama
- ✓ Motivação para amamentar

EXPERIENCIA ANTERIOR COM AMAMENTAÇÃO

- ✓ Numero de filhos
- ✓ Quantos amamentou
- ✓ Utilizou biberão / Razões
- ✓ Experiência boa ou má

SITUAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL

- ✓ Trabalho/profissão/instrução
- ✓ Situação económica
- ✓ Atitude do pai e família face à amamentação
- ✓ Ajuda para cuidar da criança
- ✓ O que os outros dizem acerca da amamentação

ANEXO II - Formulário Observação da Mamada

FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da Mãe:	
Nome do Bebê:	
Amamentação vai bem	Possíveis dificuldades

POSTURA CORPORAL

- Mãe relaxada e confortável
- Bebê próximo, de frente para a mãe
- Cabeça e corpo do bebê em linha recta
- Queixo do bebê toca na mama
- Nádegas do bebê apoiadas
- Mãe segura mama em forma de C

POSSÍVEIS DIFICULDADES

- Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê
- Corpo do bebê longe do da mãe
- Pescoço do bebê torcido
- Queixo do bebê não toca na mama
- Só ombro ou cabeça apoiado
- Mãe segura mama em forma de tesoura

RESPOSTAS

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bebê procura a mama quando sente fome <input type="checkbox"/> Bebê roda e procura a mama <input type="checkbox"/> Bebê explora a mama com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta à mama <input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega na auréola <input type="checkbox"/> Sinais de saída de leite (extravasam/, dores uterinas e fisgadas) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nenhuma resposta à mama <input type="checkbox"/> Não procura a mama <input type="checkbox"/> Bebê não interessado na mama <input type="checkbox"/> Bebê inquieto ou a chorar <input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega na auréola <input type="checkbox"/> Não há sinais de saída de leite |
|---|--|

VÍNCULO EMOCIONAL

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mãe segura bebê no colo com firmeza e segurança <input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantêm contacto visual <input type="checkbox"/> Muito toque materno | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mãe segura bebê nervosa ou com pouca força <input type="checkbox"/> Nenhum contacto visual mãe-filho <input type="checkbox"/> Pouco toque materno |
|--|--|

ANATOMIA

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mamas macias após as mamadas <input type="checkbox"/> Mamilos exteriorizados e protácteis <input type="checkbox"/> Pele da mama com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas <input type="checkbox"/> Mamilos rasos ou invertidos <input type="checkbox"/> Pele da mama com fissuras ou vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas tensas ou flácidas |
|---|---|

SUCCÃO

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para fora <input type="checkbox"/> Língua do bebê acoplada em redor do mamilo <input type="checkbox"/> Bochechas arredondadas <input type="checkbox"/> Mais auréola acima da boca do bebê <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa <input type="checkbox"/> Pode-se ver e/ouvir-se a deglutição | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Boca pouco aberta, apontada para a frente <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Língua do bebê não visível <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Mais auréola abaixo da boca do bebê <input type="checkbox"/> Apenas sucções rápidas <input type="checkbox"/> Ouve-se ruídos altos |
|---|---|

TEMPO GASTO NA SUCCÃO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bebê solta a mama | <input type="checkbox"/> Mãe retira bebê da mama |
|--|--|

Bebê mamou durante _____ minutos

ANEXO III - Instituições/Grupos de Apoio

➤ **SOS Amamentação**

Morada (Sede): Rua João Chagas, 161, 2º Dto, Linda-a –Velha

Tel: 213 880 915 **Tlm:** 934 169 466 e 962 974 915

sos.amamentacao@clix.pt

www.sosamamentacao.org.pt

➤ **Mama Mater**

Morada: Rua Elias Garcia, 1057, Parede

Tel: 214 532 019 tlm: 917 557 950 ou 960

[www. Mamater.eu](http://www.Mamater.eu)

geral@mamamater.eu

➤ **Serviço de Informação sobre Medicamentos (SIMEG) – Ministério da Saúde**

Morada: Maternidade Bissaya Barreto, Rua Augusta, Coimbra

Tel: 239 481 234/5 **Linha Verde Gratuita** 800 202 844

www.chc.min-saude.pt/simeg/

simeg@chc.min-saude.pt

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE INTERNAMENTO

FOLHA DE REGISTO DOS INDICADORES DO PROJECTO

“CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO”



Identificação da criança

(vinheta)

A PREENCHER NO MOMENTO DA ADMISSÃO

Diagnóstico de Admissão: _____

Idade da mãe: _____ anos

ALIMENTAÇÃO NAS ULTIMAS 24 H	
Materno Exclusivo	
Materno predominante	
Materno Complementado	
Misto	

A PREENCHER DURANTE O INTERNAMENTO

PROBLEMA IDENTIFICADO

INTERVENÇÕES

Dificuldade Pega		Correcção Pega	
Mamilos Fissurados		Informação/Esclarecimento	
Mamilos Planos /Invertidos		Extracção de Leite	
Ingurgitamento Mamário		Outra _____	
Ductos Bloqueados		OBSERVAÇÕES:	
Mastite			
Choro constante			
Recusa para mamar			
Pouco leite			
Dúvidas AM			
Outro _____			

A PREENCHER NO MOMENTO DA ALTA

ALIMENTAÇÃO NO MOMENTO DA ALTA:	
Materno Exclusivo	
Materno predominante	
Materno Complementado	
Misto	
Artificial	

Dia da Alta: ____ / ____ / ____

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE INTERNAMENTO

FOTOGRAFIAS DO “CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO”











**O SERVIÇO de PEDIATRIA JÁ TEM
UM CANTINHO da AMAMENTAÇÃO**



PROMOVEMOS E APOIAMOS O ALEITAMENTO MATERNO

SAIBA COMO MANTER A AMAMENTAÇÃO MESMO QUANDO O SEU BEBÊ ESTÁ DOENTE E HOSPITALIZADO

ESTE ESPAÇO É SEU... UTILIZE-O!

SOLICITE INFORMAÇÃO JUNTO DOS PROFISSIONAIS

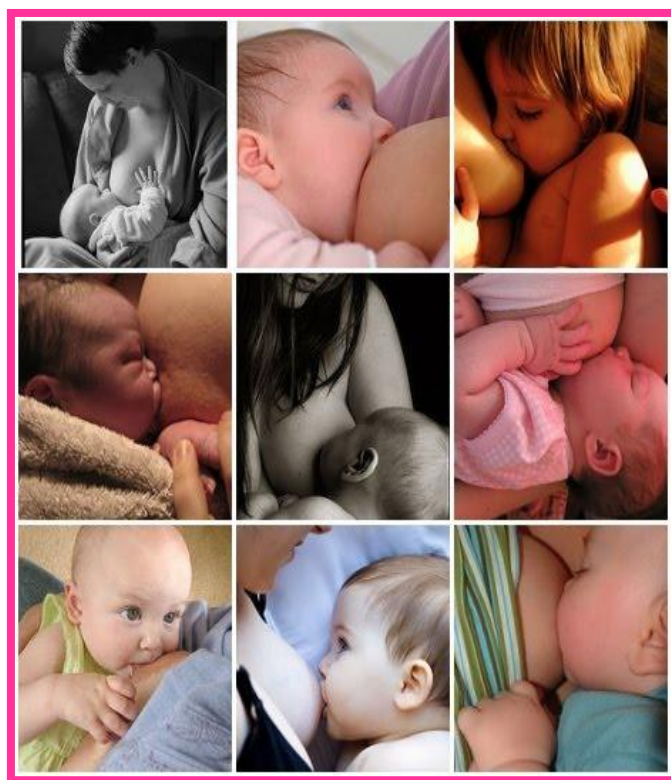
Nota: A decoração do espaço foi conseguida com os donativos e trabalho do Agrupamento de Escuteiros de Torres Vedras e o equipamento adquirido com as Verbas da Associação Pediátrica.

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE INTERNAMENTO

CARTAZES DE DIVULGAÇÃO DO PROJECTO



O SERVIÇO DE PEDIATRIA JÁ TEM
UM CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO



ESTE ESPAÇO É SEU, UTILIZE-O...

SOLICITE INFORMAÇÃO
JUNTO DOS PROFISSIONAIS

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO



Tem dúvidas sobre a amamentação?
Acha que tem pouco leite ou que este é fraco?
Sente dor/desconforto em dar de mamar?
O seu bebé está sempre com fome?
O seu bebé não consegue mamar?
Precisa de extrair leite com bomba?

NÓS PODEMOS AJUDÁ-LA.

ESTE ESPAÇO É SEU, UTILIZE-O...

...EM QUALQUER MOMENTO.

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO



Este espaço reúne as condições mínimas para que possa manter a amamentação mesmo durante a hospitalização do seu bebê. Aqui, é possível mostrar-lhe, num ambiente de privacidade, como amamentar e manter a amamentação mesmo quando o seu bebê está doente e/ou não pode ser alimentado temporariamente.

ESTE ESPAÇO É SEU,
UTILIZE-O...

CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE INTERNAMENTO

RELATÓRIO DA FORMAÇÃO



ÍNDICE

	Pg.
1. Divulgação da Sessão	2
2. Planificação da Formação	3
3. Apresentação (diapositivos)	5
4. Avaliação da Formação	15

1. Divulgação da Sessão



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

"CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO":

Apresentação e divulgação do projecto

SERVIÇO DE PEDIATRIA

DATA: 27/01/2011 às 14:00

FORMADORA: Mara Lourenço (ACMEESIP)

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço
de Pediatria

DURAÇÃO: 30 min.

2. Planificação da Sessão de Formação

NOME DA SESSÃO

“Cantinho da Amamentação”: Apresentação e divulgação do projecto

FUNDAMENTAÇÃO

No âmbito da implementação de uma política efectiva de promoção apoio ao aleitamento materno no Serviço de Pediatria do CHTV, a criação de um espaço tranquilo, calmo, onde mães lactantes hospitalizadas possam receber aconselhamento e apoio prática em questões relativas à amamentação, torna-se fundamental.

LOCAL

Serviço de Pediatria

DATA

27 de Janeiro de 2011

HORA

14:00

DURAÇÃO

30'

DESTINATÁRIOS

Enfermeiros do Serviço de Pediatria

OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO

GERAL

Dar a conhecer à equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria o projecto “Cantinho da Amamentação”.

ESPECÍFICOS

OUTRAS INFORMAÇÕES

PLANO DA SESSÃO

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR
<ul style="list-style-type: none">- Fundamentação do projecto- A hospitalização e a amamentação- Factores decorrentes da hospitalização que afectam a amamentação- Estratégias de promoção e apoio ao aleitamento materno em contexto de internamento- Objectivos do projecto- População alvo- Recursos humanos, financeiros e materiais- Documentos de apoio ao projecto- Apresentação do Guia Orientador de Boas Práticas para a criança/família amamentada em contexto de hospitalização	Activa	Videoprojector Portátil	30'	Mara Lourenço

3. Apresentação

Centro Hospitalar de Torres Vedras – Serviço de Pediatria

“CANTINHO
DA
AMAMENTAÇÃO”




APRESENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJECTO

27 de Janeiro de 2011
Elaborado por: Mara Lourenço, aluna do 3º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de SIP da UCP
Orientação: EESIP Marta Gaio

Projecto “Cantinho da Amamentação”

OBJECTIVO GERAL

- Apresentar e divulgar junto da equipa do Serviço de Pediatria o projecto “Cantinho da Amamentação”.



FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO

As práticas ideais de amamentação incluem a **amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, seguidos do leite materno com alimentos complementares até pelo menos aos 2 anos de idade** (OMS/UNICEF, 1993).

Mas na realidade esta situação não se verifica. Estudos realizados em Portugal, comprovam o "abandono" precoce da amamentação, contrariando as metas e objectivos propostos pelas estruturas de saúde nacionais e internacionais.



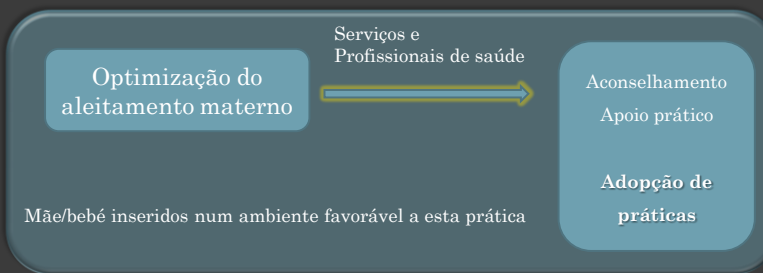
Segundo a OMS e UNICEF (2003), o abandono precoce do aleitamento materno deve-se a comportamentos relacionados com alguma dificuldade das mães em amamentar, nomeadamente, por:

os serviços de saúde não promoverem e apoiarem adequadamente a amamentação.



A Hospitalização e a amamentação

"Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante (...) a estadia da mãe e do bebé no hospital, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno" ALMEIDA (1996, p.40).



Estudos sobre o impacto da hospitalização na amamentação:

Amostra: 108 lactentes, < 6m

Conclusões: 60% dos lactentes que eram amamentados na admissão foram desmamados até à alta; dos quais, 42% o fizeram apenas pela hospitalização e não por causas médicas.

(QUATTRONE et al., 1995)

Amostra: 97 crianças com diagnóstico de infecção respiratória;

Conclusões: Admissão, 57% das crianças faziam AM exclusivo; ao longo do internamento, 35% desses bebés interromperam a amamentação exclusiva pela introdução da fórmula láctea no hospital.

SOUZA et al (2008)



Há uma associação significativa entre a hospitalização e a manutenção da amamentação:

- factores como limitações físicas do hospital e a
- ausência de programas de incentivo ao aleitamento materno.



Factores decorrentes da hospitalização da criança que podem afectar o aleitamento materno (SARAIVA, 2010) :

- Quebra no vínculo;
- Medo, ansiedade e frustração;
- Stress e preocupação (com o filho doente e os outros);
- Dúvidas e incerteza diagnóstica;
- Falta de informação ou desconhecimento dos procedimentos, tratamentos, normas e rotinas hospitalares;
- Linguagem técnica;



- ❑ Estrutura física, que não oferece aos acompanhantes as condições necessárias de conforto bem como infra-estruturas para amamentar e extrair leite materno;
- ❑ Pais negligenciam as suas necessidades de sono, nutrição e relaxamento;
- ❑ Cansaço físico e mental ;
- ❑ Bebés com problemas de saúde graves, que podem interferir com a sua capacidade de mamar .



Fisiologia da amamentação, quer no processo de ejeção (ocitocina) quer na produção de leite. O stress suprime directamente estas hormonas.



Estratégias de promoção/apoio ao aleitamento materno durante a hospitalização:

- ❑ Encorajar a mãe a estimular a produção de leite, através da extracção mecânica com bomba;
- ❑ Proporcionar, sempre que possível a extracção do leite materno junto do bebé, factor importante para que a mãe o consiga fazer mais facilmente;
- ❑ Administração de leite à criança por copo, colher ou sonda quando não for possível colocar o bebé à mama;



- ❑ Promover a sucção não nutritiva;
- ❑ Dar formação aos pais sobre a forma de conservar e descongelar o leite extraído;
- ❑ Incentivar o método "mãe canguru" (contacto "pele a pele"), que aumenta a interação mãe-filho, de forma a manter e promover o aleitamento materno.



NÃO BASTA PROMOVER, É NECESSÁRIO CRIAR CONDIÇÕES PARA RESOLVER OS PROBLEMAS QUE SURGEM (APOIO) E CUIDAR PARA QUE NENHUM OBSTÁCULO SEJA COLOCADO NO PERCURSO DA AMAMENTAÇÃO (PROTECÇÃO).

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

INTERVIR NOS CONDICIONALISMOS DA HOSPITALIZAÇÃO NA AMAMENTAÇÃO:

Manter a lactação, mesmo quando o bebé está doente e/ou não pode ser amamentado.

Reúne as condições mínimas para as mães darem de mamar, material de apoio e de informação.

Presta aconselhamento e/ou apoio prático em questões relativas à amamentação, problemas associados ou outras situações complexas que podem surgir no decorrer da amamentação.

Disponibiliza material necessário para a extracção de leite.

Promove o desenvolvimento das competências parentais.



Algoritmo de Actuação

A
V
A
L
I
A
Ç
Ã
O

I
N
T
E
R
V
E
N
Ç
Ã
O

ARTICULAÇÃO

PROBLEMA/ NECESSIDADE SENTIDA PELOS PAIS

COLHEITA DA HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO

OBSERVAÇÃO DA MAMADA
(avaliação da pega, postura, toque...)

DIGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

ACONSELHAMENTO E/OU APOIO PRÁTICO

VALIDAÇÃO DO APOIO PRESTADO

REGISTOS no PROCESSO DE ENFERMAGEM
(intervenção efectuada e sugerida)

REGISTO PARA EFEITOS ESTATÍSTICOS

ENCAMINHAR, SE NECESSÁRIO
(Cuidados de Saúde Primários ou Urgência Obstétrica)

Competências de :

Ouvir e Aprender

Desenvolver Confiança

Dar apoio





POPULAÇÃO ALVO

- ❑ Pais de crianças amamentadas que frequentam o serviço de Pediatria;
- ❑ Trabalhadoras do CHTV a amamentar.



Recursos Humanos

- ❑ Equipa Multidisciplinar do Serviço de Pediatria.

Recursos Financeiros

- ❑ Donativos;
- ❑ Verbas da Associação Pediátrica.

Recursos Físicos

- ❑ Espaço cedido na sala de tratamentos

Recursos Materiais

- ❑ Equipamento para extracção mecânica do leite;
- ❑ Cadeirão;
- ❑ Almofadas, balança pediátrica;
- ❑ Documentação de Suporte →
 - Projecto escrito
 - Manual de Boas Práticas
 - Folhetos/panfletos e posters.



Indicadores de acompanhamento e avaliação:

TAXA DE ABANDONO DA AMAMENTAÇÃO

Taxa de abandono = $\frac{\text{n}^\circ \text{crianças que deixaram LM}}{\text{total crianças amamentadas}} \times 100$

INTRODUÇÃO DE LEITE DE FÓRMULA

Introdução de LA = $\frac{\text{n}^\circ \text{de crianças que introduziram LA}}{\text{total de crianças amamentadas}} \times 100$



NOTAS FINAIS

A amamentação é definida como um foco da prática de Enfermagem (ICN, 2010);

O número de crianças alimentadas com leite materno até aos três meses de vida, um indicador de qualidade apresentado pela Ordem dos Enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004).

Estamos assim, a contribuir para ganhos em saúde uma vez que beneficia a criança, a mãe, a família e a comunidade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque d' - **O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica.** Tese de doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. 1996.
- CHAGAS, Catarina - **Hospitalização de bebés tem impacto negativo sobre o aleitamento materno.** [accedido a 2010-12-10]. Disponível em <http://www.focruz.br/ces/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1789&sid=9&tpl=printerview>.
- DGS - **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.** [accedido a 2010-12-27]. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
- FRANCO, L.; REINOLDS, P. - **Factores associados ao abandono do aleitamento materno pela multipara.** Monografia apresentada no âmbito do curso de complemento de formação em Enfermagem, Funchal, ESESJC, 2002.
- GALVÃO, Dulce - **Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes.** Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-11-9. 199p.
- GOMES, António; ROCHA, Luisa - **Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida.** Coimbra. Saúde Infantil, Vol.20, nº3 (Dezembro, 1998), p. 59-66.
- ICN - **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem.** Versão B2. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2010.
- LEVY, Leonor. - **A alimentação no primeiro ano de vida.** Revista Portuguesa de Pediatria. Lisboa. ISSN 0301-147X. Vol 25, nº3. Maio/Junho, 1994, p.191-204.
- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena - **Manual do Aleitamento Materno.** Portugal: Edição Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitalar Amigos dos Bebés, 2002. ISBN 96436. 43p.
- MOLEIRO, A.; GOMES, A.; NONA, M. - **Aleitamento Materno.** Consensos Nacionais de Neonatologia, Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra, 2004. p 113-116.
- OMS - **Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis.** Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra, 1989. ISBN 92306 00419.
- OMS/UNICEF - **Aconselhamento em Amamentação: Um curso de Treino.** Guia do Treinador. Lisboa. OMS/UNICEF, 1993.
- OMS/UNICEF - **Aconselhamento em amamentação.** Manual do participante. OMS/UNICEF, 1997. 186p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Rede de Cuidados de Saúde Primários: Modelos de gestão dos Centros de Saúde.** Revista Ordem dos Enfermeiros, nº12, Maio, 2004, p. 12-14.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde - **Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)** Lisboa: Ministério da Saúde, 1999. ISBN 972-9425-69-8. 103 p.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde - **Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos: prioridades.** Lisboa: DGS, 2004a, 88p. 1º vol. ISBN 972-675-109-8.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde - **Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos: orientações estratégicas.** Lisboa DGS, 2004b, 216p. 2º vol. ISBN 972-675-110-1.
- QUATTRONE F. Dell Oso et al - **Abandono de la lactancia como consecuencia de la internación pediátrica.** Rev. Med Infant 1995. Nº2. p.97-9.
- SARAIVA, Helena - **Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção.** Lidel Edições Técnicas, Lda. Abril 2010. ISBN: 978-972-757-659-3.
- SOUZA, Edna L. et al - **Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008, Nº24(5) p.1062-1070.
- UNICEF - **Situação da amamentação no mundo dos anos 90** [accedido a 2010-12-06]. Disponível em <http://www.aleitamento.org.br/index90.htm>
- WHO - **Indicators for assessing breastfeeding practices.** Genebra. World Health Organization, 1991.



Obrigado.

4. Avaliação

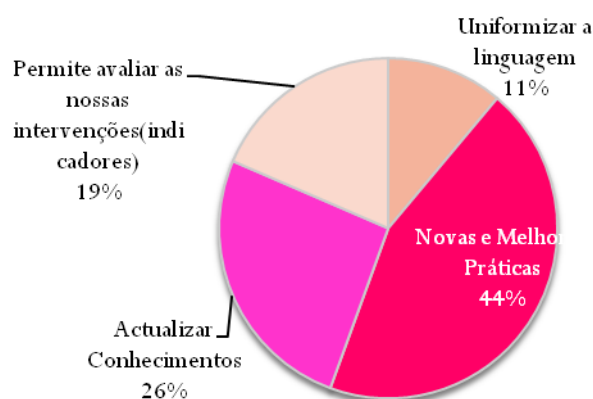


Relativamente aos temas apresentados durante a sessão de formação, a generalidade dos formandos considerou os temas muito adequados (88%), com os restantes 12% a considerar os temas adequados.



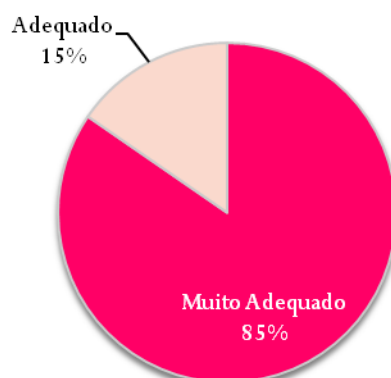
Em termos da apresentação realizada, a maioria dos participantes considerou a formação muito adequada (81%) e os restantes 19% adequada.

DE QUE FORMA ESTA ACCÇÃO IRÁ ALTERAR COMPORTAMENTOS?



Quando questionados sobre a forma como a sessão apresentada contribuirá para alterar os seus comportamentos, a maioria dos formandos respondeu que a formação promove a adopção de novas e melhores práticas (44%), que serve para actualizar os seus conhecimentos no âmbito da amamentação (26%); para uniformizar a linguagem (11%) no cuidar da criança/família em contexto de aleitamento materno mas também, avaliar as intervenções através dos indicadores elaborados por este projecto “cantinho da Amamentação”.

COMO AVALIA A SESSÃO DE ACORDO COM AS SUAS EXPECTATIVAS



Em termos de expectativas dos participantes, a grande maioria dos formandos foi unânime ao afirmar que a formação foi muito adequada (85%) e adequada (15%) às suas expectativas, demonstrando o seu grau de satisfação geral com a sessão apresentada.

