

**Universidade Federal do Maranhão  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado Acadêmico em Enfermagem**

**FERNANDA ARAÚJO RABELO**

**Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à  
Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar**

SÃO LUÍS  
2015

FERNANDA ARAÚJO RABELO

**Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

SÃO LUÍS  
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rabelo, Fernanda Araújo.

Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação: ferramentas para o processo de cuidar / Fernanda Araújo Rabelo. — São Luís, 2015.

96 f.: il.

Orientador: Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Enfermagem 2. Diagnósticos de enfermagem 3. Aleitamento materno 3. Cuidados de enfermagem I. Título.

CDU 616-083:613.953

RABELO, F. A. **Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação:** ferramentas para o processo de cuidar. 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### COMISSÃO EXAMINADORA

---

Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim - Orientadora  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

---

Dr. Raimundo Antonio da Silva.– 1º Membro  
Doutor em Saúde Pública  
Universidade Federal do Maranhão

---

Dra. Doralene Maria Cardoso de Aquino – 2º Membro  
Doutora em Patologia Humana  
Universidade Federal do Maranhão

---

Dra. Poliana Pereira Costa Rabêlo  
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública  
Universidade Federal do Maranhão - Membro Suplente

---

Dra. Lena Maria Barros Fonseca  
Doutora em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão - Membro Suplente

A todos os profissionais que exercem a  
Enfermagem com amor e dedicação e  
buscam consolidá-la como Ciência.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Senhor que cuida de mim com amor incondicional, a quem devo toda a adoração e gratidão;

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e ao Mestrado Acadêmico em Enfermagem (MAENF), por terem oportunizado o meu retorno à vida acadêmica;

Aos professores do MAENF que contribuíram para a construção do conhecimento da Ciência da Enfermagem permitindo a concretização desta pesquisa;

À querida Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim que é um anjo enviado por Deus para minha vida. Agradeço a você professora por sua admirável generosidade e zelo para comigo;

À Direção do Centro de Saúde Fabiciana Moraes pela liberação parcial das minhas atividades profissionais que me permitiram maior disponibilidade para realizar minhas atividades acadêmicas e científicas durante o período do curso e por ter permitido a realização desta pesquisa;

À minha Mãe, minha rainha, minha amiga Leonice Soares Araújo Rabelo, que sempre me dá apoio e incentivo. Orgulho-me da senhora mãe;

Ao meu pai, Joizael Maurício Rabelo, por todo exemplo de honestidade e dedicação que aprendi com o senhor;

Ao meu amado esposo, Sharlon Cristiano Godinho de Souza, por ter me ajudado em todo o processo, desde o início deste sonho, estando ao meu lado durante essa trajetória;

Ao meu filhinho, Daniel Maurício Rabelo Godinho de Souza, que apesar de ser ainda tão pequenino foi gentil, compreensivo e cooperativo comigo. Obrigada!

Aos colegas do MAENF que compartilharam comigo desta batalha, com incentivos mútuos para alcançarmos nossos objetivos.

RABELO, F. A. Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar. 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

Orientadora: Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim  
Linha de Pesquisa: Enfermagem, Cuidado e Saúde

## Resumo

A amamentação é um momento importante para o binômio mãe-filho, envolve interação e sentimentos por isso exige superação para que seja eficaz. A abordagem de enfermagem frente à amamentação pode ser realizada por meio do processo de enfermagem. Nesse pressuposto, o estudo teve como objetivo analisar os Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação em binômios no período de amamentação exclusiva de 0-6 meses. O recurso metodológico utilizado foi a pesquisa quantitativa analítica com 31 binômios acompanhados em uma unidade básica de saúde de São Luís - MA, cuja coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2014 a janeiro de 2015. As informações foram coletadas por meio de entrevista, exame físico e observação. Com os dados compilados no software Excel, fez-se a análise estatística pelo teste Exato de Fisher e Quiquadrado, com nível de significância de  $p < 0,05$ . Quanto as variáveis socioeconômicas, a faixa etária predominante foi de dezoito a vinte e cinco anos (17), com companheiro (16), com ensino médio completo (14), do lar (14), sem licença maternidade (23) e possuíam renda média de R\$ 499,84. As crianças eram predominantemente do sexo masculino (19) com idade entre quarenta e seis a cento e oitenta dias (21). Os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes foram: Amamentação Ineficaz (19) e Disposição para Amamentação melhorada (27). Em média, os participantes apresentaram 4,4 Características Definidoras e 3,1 Fatores Relacionados. Entre todas as Características Definidoras e Fatores Relacionados somente 16 tiveram frequência acima de 50% e foram utilizados para análise estatística: Ambivalência Materna (51,6%); Ansiedade Materna (61,3%); Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do seu filho (100%); Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança (96,8%); Falta de conhecimento em relação à expressão do leite materno (96,8%); Deglutição contínua (64,5%); Deglutição regular (80,6%); Lactente está satisfeito após a mamada (51,6%); Padrões de peso do lactente apropriado para a idade (51,6%); Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade (64,5%); Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (87,1%); Sinais de liberação de ocitocina (67,7%); Sintomas de liberação de ocitocina (71,0%); Sucção contínua no peito (71,0%); Sucção regular no peito (67,7%); Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (51,6%). Identificou-se associação estatística significativa entre a Característica Definidora Ansiedade Materna com estado civil ( $p=0,04$ ) e idade gestacional ( $p=0,01$ ); Padrão de eliminação do lactente adequado para a idade com idade da mãe ( $p=0,02$ ); Padrão eficaz de comunicação mãe-filho com estado civil ( $p=0,03$ ). O Diagnóstico Disposição para Amamentação melhora apresentou associação estatística significativa com idade gestacional (32-39 semanas) no parto ( $p=0,00$ ), não foram encontradas associações estatísticas significativas nos outros diagnósticos. Destaca-se o Fator Relacionado Ansiedade Materna que teve resultados estatísticos significantes tanto com estado civil (Sem Companheiro) ( $p=0,04$ ) como com idade gestacional (32-39 semanas) ( $p=0,01$ ). O estudo permitiu conhecer de forma aprofundada os Diagnóstico de Enfermagem, as Características Definidoras e os Fatores Relacionados encontrados nos binômios em aleitamento materno. Espera-se que este estudo venha contribuir para o planejamento das ações de enfermagem e avaliação dos resultados destas ações.

**Descritores:** Enfermagem. Diagnósticos de enfermagem. Aleitamento materno. Cuidados de enfermagem.

RABELO, F. A. Nursing Diagnosis related breastfeeding: hardware to care. 2015. 96 f. Thesis (Masters Degree). Nursing Post-Graduation program, Universidade Federal do Maranhão (Federal University of Maranhão), São Luís, 2015.

### **Abstract**

Breastfeeding is an important moment for the mother-child binomial interaction and involves feelings that requires overcoming to be effective. In public health, the nursing approach to breastfeeding can be performed using the nursing process. Based on this assumption, the study aimed to analyze the Nursing Diagnoses related to breastfeeding in mother-child binomials that were in exclusive breastfeeding from 0 to 6 months. The methodological approach used was the analytical quantitative research with 31 mother-child binomial accompanied in a basic health unit in São Luís - MA, whose data were collected from September 2014 to January 2015. Data were collected through interviews, physical examination and observation. The data were compiled in Excel software, which did the statistical analysis by the Exact test and chi-square, with a significance level of  $p < 0.05$ . About the socioeconomic data, the predominant age group was eighteen to twenty-five, with partners, completed high school, housewife and had low per capita income. Children were predominantly male and aged from forty-six to one hundred and eighty days. The most frequent nursing diagnoses were: Ineffective Breastfeeding (19) and willingness to improved breastfeeding (27). On average, participants had 4.4 Defining Characteristics and 3.1 Related Factors. Among all the Defining Characteristics and Related Factors of these diagnoses only 16 had often above 50% and were used for statistical analysis: Maternal Ambivalence; Maternal anxiety; Mother's desire to provide their milk to the nutritional needs of your child; Mother's desire to keep breastfeeding to meet the nutritional needs of the child; Lack of knowledge regarding breast milk expression; Continuous swallowing; Regular swallowing; Infant is satisfied after a feed; Weight standards of appropriate infant to age; Infant elimination patterns suitable for their age; Effective mother-child communication patterns; Signs release of oxytocin; Symptoms of oxytocin release; Continuous suction in the chest; Regular suction chest; Maternal verbalization of satisfaction with the breastfeeding process. It was identified a statistically significant association between the defining characteristic Maternal Anxiety with marital status ( $p = 0.04$ ) and gestational age ( $p = 0.01$ ); Infant elimination pattern suitable for the age with maternal age ( $p = 0.02$ ); Effective pattern of parent-child communication with the marital status ( $p = 0.03$ ). Diagnosis provision for Breastfeeding improves statistically significant association with gestational age (32-39 weeks) at birth ( $p = 0.00$ ), there were no statistically significant associations in other diagnoses. Noteworthy, the factor related Maternal anxiety had significant statistical results with both marital status (no partner) and with gestational age (32-39 weeks). As noted, the study allowed to know in depth the Nursing Diagnosis, the Defining Characteristics and Related Factors found in the mother-child binomial in breastfeeding. It is hoped that this study will contribute to the planning of nursing actions and evaluate the results of these actions.

**Keywords:** Nursing. Nursing diagnosis. Breastfeeding. Nursing care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem apresentados pelos binômios, mãe-filho em Aleitamento Materno 0-6 meses. São Luís, 2015 .....	32
Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo os dados socioeconômicos. São Luís, 2015 .....	33
Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo os dados obstétricos. São Luís, 2015 .....	34
Tabela 4 - Distribuição dos lactentes segundo os dados de identificação. São Luís, 2015 .....	35
Tabela 5 - Distribuição das Características Definidoras e Fatores Relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz. São Luís, 2015 .....	36
Tabela 6 - Distribuição das Características Definidoras e Fatores Relacionados do Diagnóstico Amamentação Interrompida. São Luís, 2015 .....	37
Tabela 7 - Distribuição das Características Definidoras do Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015 .....	38
Tabela 8 - Distribuição das medidas de tendência central de dispersão dos Diagnósticos de Enfermagem, Características Definidoras e Fatores Relacionados. São Luís, 2015 .....	39
Tabela 9 - Distribuição das mulheres segundo os dados socioeconômicos e o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz. São Luís, 2015 .....	40
Tabela 10 - Distribuição das mulheres segundo os dados socioeconômicos e o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015 .....	41
Tabela 11 - Distribuição das mulheres segundo os dados obstétricos e o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz. São Luís, 2015 .....	42
Tabela 12 - Distribuição das mulheres segundo os dados obstétricos e o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015 .....	43
Tabela 13 - Distribuição dos lactentes segundo os dados de identificação e o Diagnóstico Amamentação Ineficaz. São Luís, 2015 .....	44
Tabela 14 - Distribuição dos lactentes segundo os dados de identificação e o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015 .....	45
Tabela 15 - Distribuição das estatísticas de associação entre as Características Definidoras e os Fatores Relacionados com mais de 50% de frequência e os dados socioeconômicos das mulheres. São Luís, 2015 .....	46

Tabela 16 - Distribuição das estatísticas de associação entre as Características Definidoras e os Fatores Relacionados com mais de 50% de frequência e os dados obstétricos das mulheres. São Luís, 2015 .....	49
Tabela 17 - Distribuição das estatísticas de associação entre o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz e os Diagnósticos de Enfermagem Amamentação Interrompida e Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015 .....	52

## LISTA DE SIGLAS

ABV	- Ambivalência Materna
ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
AM	- Aleitamento Materno
AME	- Aleitamento Materno Exclusivo
ASM	- Ansiedade Materna
BLH	- Banco de Leite Humano
CD	- Características Definidoras
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
DC	- Deglutição contínua
DE	- Diagnóstico de Enfermagem
DMFSLNNF	- Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do seu filho
DMMAANNC	- Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança
DP	- Desvio Padrão
DR	- Deglutição regular
EFC	- Ensino Fundamental Completo
EFI	- Ensino Fundamental Incompleto
EMC	- Ensino Médio Completo
EMI	- Ensino Médio Incompleto
ESC	- Ensino Superior Completo
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
ESI	- Ensino Superior Incompleto
FCRE(O)LM	- Falta de conhecimento em relação à expressão (ordenha) do leite materno
FR	- Fatores Relacionados
HUUFMA	- Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Intervalo de Confiança
IHAC	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MAENF	- Mestrado Acadêmico em Enfermagem
MS	- Ministério da Saúde
NANDA	- North American Nursing Diagnosis Association
OLSAM	- O lactente está satisfeito após a mamada

OMS	- Organização Mundial de Saúde
PE	- Processo de Enfermagem
PECM-F	- Padrões eficazes da comunicação mãe-filho
PELAPI	- Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade
PPLAI	- Padrões de peso do lactente apropriado para a idade
RN	- Recém Nascido
RP	- Razão de Proporção
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	- Sucção contínua no peito
SEMUS	- Secretaria Municipal de Saúde
SLO	- Sinais de liberação de ocitocina
SLO	- Sintomas de liberação de ocitocina
SRP	- Sucção regular no peito
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UB	- Unidade Básica
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
VMSPA	- Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
2.1	GERAL .....	17
2.2	ESPECÍFICOS .....	17
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
3.1	PROCESSO DE ENFERMAGEM .....	18
3.1.1	Diagnóstico de enfermagem .....	20
3.2	CLASSE PAPÉIS DO CUIDADOR .....	22
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	27
4.1	DELINEAMENTO .....	27
4.2	PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO .....	27
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	28
4.4	OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS .....	28
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	30
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO .....	31
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	32
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	53
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	66
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	69
	<b>APÊNDICES</b> .....	78
	<b>ANEXOS</b> .....	92

# 1 INTRODUÇÃO

A amamentação é um momento que vai além dos aspectos biológicos naturais e espontâneos, porque envolve sentimentos, interações e ações entre o binômio mãe-filho e por isso exige superação das dificuldades encontradas para que seja mantida de forma eficaz (CATAFESTA et al., 2009).

O leite materno é o alimento essencial e mais completo para a criança, pois é o único que oferece substâncias e nutrientes que esta precisa para crescer e se desenvolver com saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (MS) o tempo preconizado para o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é de seis meses, podendo se prolongar até dois anos junto com outros alimentos (BRASIL, 2012).

De acordo com a (SAMPAIO et al., 2011) as categorias de aleitamento materno adotadas e reconhecidas são as seguintes:

- a) Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite materno ou leite humano, direto do seio ou ordenhado sem outros líquidos ou sólidos.
- b) Aleitamento materno predominante: a criança recebe além do leite humano, complementos como (água, chás, sucos de frutas, etc.).
- c) Aleitamento materno: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado), independentemente da quantidade e de estar recebendo ou não outros alimentos.
- d) Aleitamento materno complementado: a criança recebe leite humano e alimentos sólidos e semissólidos, assim como pode estar recebendo também leite de outras espécies.

De acordo com Rego (2009) a defesa do Aleitamento Materno (AM) iniciou-se na metade do século XX, principalmente no pós-guerra, com a chegada dos alimentos industrializados, quando os leites artificialmente preparados e os chás passaram a ser rotina na alimentação infantil.

Nessa época não se tinha conhecimento científico sobre os aspectos imunológicos do leite materno, no entanto nas décadas de 60 e 70 surgiram alguns trabalhos científicos nacionais e internacionais iniciando uma reflexão sobre a importância do AM e seu papel protetor principalmente no primeiro ano de vida (REGO, 2009).

Desde a década de 90 muitas iniciativas tem sido desenvolvidas para aumentar os índices do AM, em 1990, a OMS juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) buscaram apoio e ações que promovessem a proteção ao AM, o Brasil assumiu a responsabilidade de implantação de programas que incentivassem o AM. Desta

forma, surgiu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em 1991, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH), a Rede Amamenta Brasil e Rede Cegonha em 2011 (MELO, 2010; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2010; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012).

Há mais de 30 anos o Brasil vem realizando movimentos e ações em favor da prática da amamentação, possibilitando o avanço no quantitativo de crianças amamentadas no país (SIQUEIRA, 2012).

Podemos destacar esse avanço comparando os dois últimos inquéritos realizados no Brasil, em 2006, o MS coordenou a I Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, obtendo informações sobre a situação da amamentação nas capitais brasileiras durante a Campanha Nacional de Vacinação. Esta pesquisa mostrou um percentual de AME nacional em menores de seis meses de 38,6% o que auxiliou na formação de políticas públicas nos locais estudados. Em 2008 ocorreu a segunda edição da pesquisa, que mostrou o percentual de AME nacional de 41% em menores de seis meses. Na região Nordeste, a maioria dos municípios apresentou prevalência de AME nessa faixa etária inferior à média do Brasil (37%). Porém o Estado do Maranhão revelou prevalência superior à média nacional com destaque para o município de São Luís (46,7%), tornando possível verificar a evolução do AM e fornecer subsídio para o planejamento de ações (BRASIL, 2009a; VENÂNCIO et al., 2010a).

Os dados oficiais sobre AM reconhecidos pela OMS mostram o Brasil com indicadores semelhantes aos das médias dos países em desenvolvimento. O Brasil ocupa a 21º posição entre os 74 países em relação ao AME e a 68º em relação ao AM (AGÊNCIA DOS ESTADOS UNIDOS PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL, 2012).

Para as crianças os benefícios da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida são inúmeros, como a prevenção de doenças, que podem se desenvolver durante os primeiros meses da criança, assim como doenças crônicas não transmissíveis da vida adulta, além da possibilidade de diminuir a gravidade dos episódios de infecções respiratórias, e evitar ou diminuir a chance de asma e afecções alérgicas (VENÂNCIO et al., 2010b; BOCCOLINI et al., 2011b; STRASSBURGER et al., 2010).

A amamentação também é importante para o desenvolvimento adequado da cavidade oral da criança, uma vez que o exercício que a mesma faz para retirar o leite da mama proporciona melhor conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e boa oclusão dentária. Um estudo de coorte realizado em Porto Alegre, RS, confirmou que o aleitamento materno por 12 meses ou mais melhora a qualidade da função mastigatória em pré-escolares (PIRES; GIUGLIANI; CARAMÉZ, 2012) e diminui a prevalência do mal posicionamento dos dentes da criança (CARAMÉZ; GIUGLIANI; CAPSI, 2012).

No que se refere à saúde da mulher, estudos evidenciam que o aleitamento pode proteger contra o câncer de mama e de ovário, facilita o retorno do peso pré-gestacional, e aquelas que amamentam exclusivamente nas primeiras duas semanas tem risco reduzido em 15% de desenvolver Diabetes Mellitus. A amamentação promove, ainda, o fortalecimento do vínculo mãe e filho e pode proporcionar uma economia para a família (CAMINHA et al., 2010b; CARDWELL et al., 2012; MATOS et al., 2010).

A abordagem feita pela enfermagem às mulheres quanto ao aleitamento materno deve ser estimulada no pré-natal, a sua prática iniciada precocemente na maternidade e apoiada durante o acompanhamento mãe-bebê (BOCCOLINI et al., 2011b).

Para essa abordagem as ações de enfermagem podem ser realizadas de forma sistematizada, usando o Processo de Enfermagem (PE) que surgiu como um ordenador da assistência realizada. Definido por Horta (2011) como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas cujo foco é prestar assistência ao ser humano.

Suas fases variam de acordo com a teoria selecionada para nortear a prática, a maioria dos autores é acorde que são necessárias quatro etapas: investigação, diagnóstico de enfermagem, intervenção ou implementação e evolução ou avaliação de enfermagem (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

O diagnóstico constitui-se como uma das fases do Processo de Enfermagem, e é entendido como um “julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais”. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013, p. 139).

De acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009 cabe privativamente ao enfermeiro o diagnóstico de enfermagem a cerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Apesar do DE ser de uso privativo da enfermagem e um facilitador na identificação das metas apropriadas, ainda ocorrem lacunas no seu uso, apresentando-se ainda fragmentado, não organizado e não sistematizado, resultando em uma atuação pouco expressiva ou algumas vezes ausente da enfermagem. Ao utilizar os DE com suas Características Definidoras (CD) e Fatores Relacionados (FR) pautados na ciência da enfermagem os enfermeiros poderão ampliar seu campo de ação, e o cuidado ao binômio, mãe-filho no processo de amamentação será específico e pessoal.

Nesta reflexão puderam-se destacar os seguintes questionamentos: Qual a frequência dos DE referentes à amamentação na população em estudo baseados na NANDA (2012-2014)? Quais as Características Definidoras e os Fatores Relacionados

predominantes? Qual o perfil socioeconômico da amostra estudada? Existe relação entre os DE identificados com os dados socioeconômicos? Existe relação entre os DE identificados e os dados obstétricos da mãe?

A escolha pelo objeto de estudo Diagnóstico de Enfermagem justifica-se no interesse de aplicá-lo à prática da Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilitando uma assistência sistematizada do cuidar no período de amamentação. Após dez anos de experiência como enfermeira da ESF tenho a oportunidade por meio do mestrado acadêmico em enfermagem de aliar a experiência vivida com o desejo de propor uma pesquisa que possibilite demonstrar a autonomia do enfermeiro na prática do processo de enfermagem.

A relevância do estudo está na assertiva de que a utilização do diagnóstico como etapa do Processo de Enfermagem pode contribuir na assistência de forma que o enfermeiro possa identificar de maneira clara e precisa tanto os problemas quanto suas causas e contribuir com o binômio, mãe-filho no contexto da amamentação propondo respostas benéficas no processo de cuidar. Além do que os enfermeiros são diagnosticadores e precisam usar o processo diagnóstico a fim de orientar o atendimento de enfermagem e valorizar a profissão. Pesquisas como esta são importantes na tentativa de indicar os conteúdos essenciais a serem abordados em processos educativos e nas pesquisas na área de intervenções de enfermagem.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar os Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação em binômios, mãe-filho que estejam no período de amamentação exclusiva de 0-6 meses.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar os dados socioeconômicos dos participantes;
- b) Identificar os Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação;
- c) Levantar as Características Definidoras dos Diagnósticos de Enfermagem e seus respectivos Fatores Relacionados;
- d) Analisar a associação entre os Diagnósticos de Enfermagem, as Características Definidoras, os Fatores Relacionados com os dados socioeconômicos;
- e) Verificar a associação entre os Diagnósticos de Enfermagem, as Características Definidoras, os Fatores Relacionados com os dados obstétricos das participantes.

## 3 REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM

A enfermagem é simultaneamente ciência e arte dedicadas às questões físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais do ser humano. A ciência da enfermagem baseia-se em uma estrutura teórica ampla, enquanto sua arte depende das habilidades do cuidar e das capacidades de cada enfermeiro (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2010).

Ao longo da história da enfermagem a busca por modelos e referenciais teóricos que orientem a prática profissional tem sido uma constante. Nessa busca, os enfermeiros tem construído um corpo teórico específico, definindo domínios e atribuindo visibilidade ao saber e ao fazer, conferindo competência e autonomia profissional (ALMEIDA et al., 2011).

Dessa forma, o PE é considerado uma importante ferramenta na atuação profissional de enfermagem, além de possibilitar o planejamento, a organização, a execução e a avaliação do trabalho com base em conhecimentos científicos, também propicia o registro das atividades práticas (ALMEIDA et al., 2011).

A essência da enfermagem é o cuidar e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, construindo ferramenta fundamental ao trabalho do enfermeiro (CHAVES, 2013).

De acordo com a Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (2009), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e implementação do Processo de Enfermagem devem ser realizadas de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

Tal resolução consiste na metodologia científica que permite ao profissional de enfermagem aplicar seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos na assistência ao cliente. Dessa forma, oferece maior autonomia e aumenta o vínculo entre enfermeiro e paciente, proporciona um direcionamento das atividades a serem realizadas e consequentemente contribui para o aumento da qualidade assistencial (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Essa metodologia surgiu na década de 1950, sua ênfase era identificação e a resolução de problemas e apresentava quatro fases: coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação (ALMEIDA et al., 2011).

No Brasil, o PE teve início na segunda metade dos anos 1960 por meio de Wanda Horta, essa brasileira desenvolveu um modelo que se baseava na Teoria das

Necessidades Humanas Básicas e apresentava seis passos: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e o prognóstico de enfermagem (HORTA, 2011). As etapas citadas na resolução COFEN 358/2009 estão de acordo com as etapas do processo de enfermagem proposto pela teoria de Wanda Horta.

Com o tempo o PE foi expandido e conquistou aceitação generalizada como base para a prestação de cuidados eficazes de enfermagem, organiza-se em cinco etapas: coleta de dados (ou histórico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A anamnese corresponde à coleta de dados quanto à história atual e patológica pregressa do paciente, estando envolvida com o exame físico, sendo este uma avaliação clínica minuciosa (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2010).

Todas as etapas do PE são inter-relacionadas e serão descritas sucintamente a seguir:

A Investigação é um processo deliberado de coleta contínua, planejada e organizada que reuni sistematicamente os dados objetivos e subjetivos do cliente, da família ou comunidade sobre o estado de saúde. Realizado com auxílio de métodos e técnicas variadas para monitorar evidências de problemas e fatores de risco que possam afetá-la (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2010; CHAVES, 2013).

O Diagnóstico de Enfermagem visa identificar as necessidades ou problemas do cliente (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2010). Este será descrito com maiores detalhes na seção 3.1.2 deste estudo.

O planejamento inclui o estabelecimento de prioridades, a definição de metas, a identificação dos resultados esperados pelo cliente e a determinação das intervenções específicas que serão realizadas face à resposta da pessoa, família ou coletividade humana e a individualização do plano de cuidados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2010; CHAVES, 2013).

Na implementação a realização das ações ou intervenções do plano de cuidados é colocado em prática, o enfermeiro realiza as intervenções planejadas e verifica as respostas iniciais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2010; CHAVES, 2013).

A avaliação é uma etapa cíclica, de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo saúde doença. Consiste em acompanhar o progresso do cliente, objetivando atingir os resultados esperados através da monitoração de suas respostas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2010; CHAVES, 2013).

### 3.1.2 Diagnóstico de enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a segunda etapa do Processo de Enfermagem e sua correta definição implica em precisão e relevância do plano assistencial que será adotado (CHAVES, 2013).

A etapa diagnóstica do PE é fundamental, para promover um cuidado de qualidade, pois confere visibilidade para a prática da enfermagem, dela dependem os resultados e a escolha das intervenções (ARIAS; AZZOLIN, 2010).

O Diagnóstico de Enfermagem é entendido como um *“julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais”*. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

Os DEs, são usados para orientar o planejamento e a implementação das intervenções, para a obtenção de melhores resultados em saúde (LUNNEY, 2013). Apresentam-se como instrumento para uniformização da linguagem entre os enfermeiros e para a melhoria da qualidade assistencial (MARIN et al., 2010).

De acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009 cabe privativamente ao enfermeiro o Diagnóstico de Enfermagem a cerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A enfermagem tem a responsabilidade de cuidar, para tanto é necessário o julgamento do estado de saúde dos clientes. Para que este julgamento aconteça o DE deve ser adotado como referência nas ações de enfermagem (CHAVES, 2013).

Determinar um DE requer do enfermeiro conhecimentos técnico-científicos e o uso do julgamento clínico na tomada de decisão (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Ao elaborar o Diagnóstico de Enfermagem, o enfermeiro dá significado à coleta de dados, analisando e interpretando os achados e traçando o percurso de ação. Ao dar significado aos dados, o enfermeiro revela o profissional que é, sua visão de mundo, sua base teórica e sua inserção profissional (SOUSA, 2010).

Cabe ressaltar que o DE representa um desafio para o enfermeiro, pois requer que este profissional tenha conhecimentos técnico-científicos atualizados, bem como pensamento crítico para que possa assumir a responsabilidade pelo cuidar (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Desde quando o conceito diagnóstico foi introduzido na enfermagem, na década de 1950, os enfermeiros tentam defini-lo ampliando seu significado e relacionando à prática profissional. Esse interesse aumentou na década de 1970, com a ideia da criação de um sistema de classificação das práticas de enfermagem, consolidado na década de 1980, a partir do movimento dos enfermeiros norte-americanos para a construção de um sistema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem (MOREIRA, 2008).

Os benefícios da implementação desse sistema de classificação são a qualificação das informações, do registro, da organização e melhora da assistência na prática de enfermagem (FURUYA et al., 2011).

O sistema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem mais difundido no Brasil e no mundo é a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A NANDA I foi a primeira das classificações a ser utilizada na prática, criada para atender à necessidade de uma linguagem clara e consistente, por meio de uma taxonomia de termos diagnósticos, permitindo uma melhor flexibilidade da nomenclatura (LUCENA; ALMEIDA, 2011).

A Taxonomia II da NANDA I é a mais atual e está dividida em três níveis: domínios, classes e Diagnósticos de Enfermagem, e consiste em 13 domínios, 47 classes e 215 diagnósticos. Um domínio é uma esfera de atividade, estudo ou interesse. Uma classe é uma subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

Em cada uma destas classes e domínios da NANDA II estão organizados os DEs, estes compostos por: Título - nome, termo conciso que exprime o significado do DE; Definição - descrição clara e precisa do DE; Os Fatores Relacionados – fatores contribuintes que parecem mostrar relação padronizada com o DE; Fatores de Risco - fatores ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéricos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo a um DE e as Características Definidoras – indícios, inferências observáveis que se agrupam como manifestações (sinais e sintomas), com frequência associados a um DE (ALMEIDA et al., 2011).

Entre os domínios está o de Papéis e Relacionamentos com três classes. Uma das suas classes é denominada de Papéis do cuidador, com oito Diagnósticos de Enfermagem aprovados (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

### 3.2 CLASSE PAPÉIS DO CUIDADOR

De acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association* (2013), a classe Papéis do cuidador é definida como padrões de comportamento socialmente esperados de pessoas que estão promovendo cuidados e que não são profissionais da saúde.

A referida classe possui oito Diagnósticos de Enfermagem e estes são sustentados pelas Características Definidoras (manifestações, sinais e sintomas), que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados. Estes diagnósticos são: Amamentação Ineficaz; Amamentação Interrompida; Disposição para Amamentação melhorada; Disposição para paternidade ou maternidade melhorada; Paternidade ou maternidade prejudicada; Risco de paternidade ou maternidade prejudicada; Tensão do papel de cuidador; Risco de tensão do papel de cuidador (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

Dentre os Diagnósticos de Enfermagem referentes a esta classe o foco deste estudo será os relacionados à amamentação, onde temos:

DE Amamentação Ineficaz; DE Amamentação Interrompida e DE Disposição para a amamentação melhorada (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

O Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz é definido como uma “insatisfação ou dificuldade que uma mãe, lactente ou criança experimenta com o processo de amamentação”. Suas Características Definidoras são: Ausência de ganho de peso do lactente; Ausência de resposta a outras medidas de conforto; Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina; Descontinuidade da sucção na mama; Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação; Incapacidade do lactente de apreender a região areolo-mamilar corretamente; Lactente chora ao ser posto na mama; Lactente chora na primeira hora após a amamentação; Lactente exhibe agitação na primeira hora após a amamentação; Lactente se arqueia na mama; Oportunidade insuficiente de sugar a mama; Perda de peso do lactente sustentada; Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação; Processo de amamentação insatisfatório; Resistência do lactente em apreender a região areolo-mamilar com a boca; Suprimento de leite inadequado percebido (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

Além das Características Definidoras, a *North American Nursing Diagnosis Association* (2013) inclui os seguintes Fatores Relacionados para o DE Amamentação Ineficaz: Ambivalência materna; Anomalia do lactente; Anomalia do peito materno; Ansiedade materna; Cirurgia prévia de mama; Déficit de conhecimento; Família não oferece

apoio; História prévia de fracasso na amamentação; Interrupção na amamentação; Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras; Parceiro não oferece apoio; Prematuridade; Reflexo de sucção do lactente insatisfatório.

O Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Interrompida que tem por definição “quebra na continuidade do processo de amamentação como resultado de incapacidade ou inconveniência de colocar o bebê no peito para mamar” e se caracteriza por: Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho; Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança; Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno; Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno; O lactente não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas; Separação entre mãe e filho (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

Seus Fatores Relacionados são: Contraindicações à amamentação; Doença da mãe; Doença do lactente (p. ex., alguns medicamentos); Emprego materno; Necessidade de desmamar abruptamente o lactente; Prematuridade (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

Enfim, o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada tem a seguinte definição: “padrão de proficiência e satisfação do binômio, mãe-filho que é suficiente para apoiar o processo de aleitamento” (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

Possui as seguintes Características Definidoras: A mãe é capaz de posicionar o lactente no peito para promover uma pega bem - sucedida; Avidéz do lactente para ser amamentado; Deglutição contínua no peito; Deglutição regular no peito; O lactente está satisfeito após a mamada; Padrão de peso do lactente apropriado para a idade; Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade; Padrões eficazes da comunicação mãe-filho; Sinais de liberação de ocitocina; Sintomas de liberação de ocitocina; Sucção contínua no peito; Sucção regular no peito; Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

Ao analisar as Características Definidoras e os Fatores Relacionados destes Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação podemos menciona-los como determinantes favoráveis ou desfavoráveis para a decisão, efetivação e manutenção da amamentação.

Um determinante importante para o sucesso da amamentação é a posição da mãe para amamentar sendo importante que em qualquer posição a mulher esteja confortável e relaxada, para que isso acontece depende-se de vários fatores, entre eles o tipo de parto e o dia de puerpério que se encontra. O posicionamento da criança com o

corpo sempre em um único eixo é outro determinante para o desenvolvimento da amamentação efetiva (BRASIL, 2009b; SANTOS et al., 2010).

Outro determinante importante é a presença do companheiro como um ajudador no processo da amamentação, principalmente quando há uma participação mais efetiva nos afazeres diários domésticos e no cuidado com a companheira e o filho. Essas práticas além de oportunizar a atenção à criança compartilham as responsabilidades da amamentação ao casal (COSTA; TEODORO; ARAÚJO, 2009; BRASIL, 2010a).

É imprescindível que além do apoio do companheiro haja o apoio às mães que amamentam por parte dos familiares, amigos e até vizinhos para que as mesmas se sintam mais seguras e acolhidas. Uma das pessoas que mais está vinculada a mãe é a avó da criança, essa última é vista com respeito por ser herdeira de um processo cumulativo de conhecimentos advindos de sua vivência e experiências adquiridas ao longo dos anos (TEIXEIRA; NITSCHKE, 2010).

Porém essa influência por parte dos familiares no cuidado, principalmente no processo da amamentação pode levar ao desmame precoce pelo conflito entre gerações permeadas por crenças, mitos e tabus (PACHECO, CABRAL, 2011; TEIXEIRA; NITSCHKE, 2008; TEXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

Segundo Caetano, Nascimento e Nascimento (2011), amamentar conforme é preconizado pode ser prazeroso, mas também pode ser um momento difícil e até de sofrimento para àqueles que vivem a expectativa e a realização desse cuidado. A influência da família é um fator que incide sobre o ato de amamentar devido o meio de convivência e luta contínua.

É válido ressaltar que o contato entre mãe e filho é fortalecido por meio do aleitamento materno tendo fundamental importância no fortalecimento do vínculo entre ambos (MATOS et al., 2010).

Um fator que interfere neste contato é a separação da mãe e filho durante a internação, além disso, enfraquece o vínculo entre ambos e dificulta à manutenção da amamentação (DITZ et al., 2011).

Outro fator que tem se mostrado desfavorável para o sucesso do aleitamento é o retorno ao trabalho materno como mostra Brasileiro et al. (2012). Seu estudo revelou que dentre as mães que voltaram a trabalhar no quinto mês após o parto, 82,9% desmamaram no quarto mês.

Segundo Caetano, Nascimento e Nascimento (2011), a condição emocional materna, caracterizada por insegurança, ansiedade, nervosismo, ausência do companheiro ou demanda excessiva de cuidados dificultam o processo de amamentação.

A presença de trauma mamilar, o qual é acompanhado pela dor e desconforto da mãe ao amamentar também é uma importante dificuldade citada e pode levar ao desmame precoce. O aparecimento deste sintoma na amamentação se deve ao posicionamento e pega inadequados do lactente (VIEIRA et al., 2010b; COCA et al., 2009).

A preensão correta da região mamilo-areolar faz com que a criança consiga retirar a quantidade de leite adequada sem causar traumas ou danos ao tecido mamário e é um aspecto fundamental para determinar a efetividade da amamentação (BRASIL, 2009b; SANTOS et al., 2010).

A sucção da mama e deglutição são fundamentais para a amamentação eficaz, pois, por meio da sucção se mantém o estímulo adequado à produção e ejeção láctea, o esvaziamento adequado das mamas e, conseqüentemente, a satisfação da criança em relação às suas necessidades nutricionais e afetivas (BRASIL, 2009b; SANTOS et al., 2010).

De acordo com Marques et al. (2010) o medo do fracasso no aleitamento produz sentimentos negativos nas mães, os quais colaboram para a diminuição da produção de leite.

Um estudo relacionado à alimentação de bebês prematuros apontou dificuldade no início da amamentação como pega incorreta ou até mesmo ausência de pega na região mamilo areolar, observando-se que a criança não se adequa facilmente ao peito devido à boca muito pequena e demora da ejeção láctea (PACHECO; CABRAL, 2011).

As crianças alimentadas com leite materno têm um aumento satisfatório de peso do nascimento até os seis meses. O leite materno, além disso, não tem custo e não oferece risco de contaminação por bactérias, como pode ocorrer na mamadeira e no leite industrializado (SILVA; GAIVA; BITTENCOURT, 2011).

Um importante aspecto a ser mencionado é que o conhecimento sobre amamentação pode ter representatividade para a disposição ao aleitamento (POLIDO et al., 2011). Frota et al. (2009), perceberam por meio dos relatos pertinentes ao conhecimento sobre a amamentação que a maioria elegeu a criança como a única beneficiada pelo ato de amamentar, associando-o, na maior parte, apenas as propriedades do leite materno na prevenção de doenças. Contudo, não foram apontadas as vantagens psicossociais dessa prática para a construção e fortalecimento de vínculos entre o binômio, mãe-filho e, sobretudo, não foram mencionados os fatores socioculturais que interferem de algum modo, para o êxito da amamentação.

Nesse contexto o diagnóstico pode indicar os pontos vulneráveis que podem ser trabalhados pela equipe de saúde, além de possibilitar a adequação do cuidado e

dos recursos a serem utilizados para o apoio e o estímulo da amamentação (CAETANO; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2011).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 DELINEAMENTO

Esta pesquisa utilizou a abordagem quantitativa analítica de natureza transversal, com embasamento no referencial teórico-metodológico de Gordon (1994) que envolve o processo de elaboração e inferência dos diagnósticos.

A organização das ações de enfermagem, por meio do Processo de Enfermagem, consiste na elaboração de um planejamento das ações terapêuticas, que tem suas bases no método de resolução de problemas e nas etapas do método científico: coleta, interpretação/agrupamento das informações e nomeação das categorias (GORDON, 1994).

A fase inicial do Processo de Enfermagem, comumente conhecida como coleta de dados ou levantamento de dados do paciente, foi denominada como: avaliação inicial (modelo de Gordon (1994)) e corresponde ao levantamento de dados do método científico. Essa etapa do processo diz respeito, basicamente, a três atividades: coleta de dados objetivos e subjetivos, organização dos dados coletados e documentação metódica.

A etapa da coleta de informações envolve a busca e a avaliação do histórico e do exame físico. Após essa etapa, os dados são interpretados e agrupados. Essa interpretação inclui processos de inferência, julgamento e argumentação. A última fase (nomeação das categorias) é a denominação das informações em categorias diagnósticas (GORDON, 1994).

No trabalho ora desenvolvido, para o processo de nomeação dos Diagnósticos de Enfermagem, foi utilizado como referência a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2013).

### 4.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

O período de estudo compreendeu os meses de abril de 2013 a junho de 2015. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2014 a janeiro de 2015.

A cidade de São Luís, capital do Estado do Maranhão, área desta pesquisa, possui uma população estimada em 1.053.922 habitantes e uma área com pouco mais de

834Km<sup>2</sup>. A ilha de São Luís está localizada no centro do litoral maranhense, situa-se ao norte do Estado, onde se limita com o Oceano Atlântico; ao sul com o Estreito dos Mosquitos, que a separa do continente; a leste com a Baía de São José e a oeste com a Baía de São Marcos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o município de São Luís - MA está dividido em sete Distritos Sanitários (Bequimão com 3 unidades; Centro com 4 unidades; Cohab com 6 unidades; Coroadinho com 4 unidades; Itaqui-Bacanga com 8 unidades; Tirirical com 16 unidades e Vila Esperança com 12 unidades), totalizando 53 Unidades Básicas de Saúde da Família (SÃO LUÍS, 2013).

O estudo foi realizado em uma unidade do distrito Tirirical em um bairro do município de São Luís - MA, esta Unidade Básica (UB) foi selecionada por acompanhar diariamente nas atribuições da Estratégia de Saúde da Família diversas mães juntamente com seus filhos no período de aleitamento materno exclusivo.

Na UB acima referida atuam cinco equipes de saúde da família, cada equipe é formada por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e de oito a doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra em estudo foi composta por 31 binômios, mãe-filho que estavam no período de aleitamento materno exclusivo de 0-6 meses, preconizado pela OMS e MS (BRASIL, 2012), atendidos ou acompanhados na Unidade Básica (UB) selecionados no referido período da pesquisa.

Na UB as equipes realizam atendimentos (vacinação, consulta médica, consulta de enfermagem) e visita domiciliar diariamente a mães com filhos no período AME. Tanto para as consultas médicas ou de enfermagem como para a visita domiciliar é feito um agendamento prévio realizado pelos ACS.

### 4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão para participar do estudo: a) estar no período de aleitamento materno exclusivo de 0-6 meses após o parto; b) pertencer

à área de cobertura das equipes da UB; c) estar sendo acompanhados pelas equipes da UB; d) estarem entre as idades de 15 – 40 anos. Critérios de exclusão: a) mães com HIV; b) mães com distúrbios mentais; c) mães com Hepatite B.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado do tipo formulário (APÊNDICE A), este instrumento foi elaborado levando em consideração as Características Definidoras e os Fatores Relacionados dos Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação, composto por perguntas fechadas: Dados de identificação da mãe – idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, licença maternidade; Dados de Identificação do lactente – Peso ao nascer, sexo, idade, idade gestacional em semanas no parto; Dados Obstétricos – número de filhos, tipo de parto; Dados do desenvolvimento da amamentação; Dados da avaliação do estado emocional da mãe; Dados da avaliação do nível de conhecimento da mãe sobre amamentação; Dados da avaliação de conhecimento da mãe sobre ordenha e armazenamento do leite; Dados da avaliação do apoio familiar; Dados da avaliação das eliminações do lactente; Dados do exame físico do lactente – peso atual, estado nutricional, presença de anomalias, tempo de cada mamada; Dados do exame físico da mãe – presença de alterações ou anomalias na mama; Dados da observação – avaliação do comportamento do binômio, mãe-filho na mamada, avaliação da apreensão da região mamilo-areolar, avaliação da sucção e deglutição na mamada, avaliação da presença de sinais ou sintomas de liberação de ocitocina, avaliação do esvaziamento da mama.

O instrumento foi submetido a um pré-teste com vistas a verificar sua adequação aos objetivos estabelecidos no estudo com aplicação de 05 formulários em uma clientela similar que não estavam sendo acompanhadas pelas equipes da UB.

Os dados foram coletados diretamente com os participantes, na UB e durante a visita domiciliar.

Inicialmente o binômio, mãe-filho em período de aleitamento materno exclusivo e que atendiam aos critérios de inclusão foram identificados com auxílio dos ACS. Em seguida foram realizados os agendamentos prévio da visita domiciliar para as puérperas do período imediato (1° ao 10° dia) e para as do período tardio (11° ao 45° dia) e remoto (a partir do 45° dia) a abordagem foi na UB antes ou após as consultas dos binômios ou vacinação das crianças.

Cada participante foi avaliado com procedimentos que incluíam exame físico e observação estrutural, sendo que para cada Característica Definidora e Fator Relacionado foram construídos parâmetros de avaliação, baseados na literatura especializada na área de enfermagem, enfermagem obstétrica, aleitamento materno e na experiência profissional.

Foi realizado exame físico com ênfase nos seguintes aspectos: a) avaliação nutricional do lactente: verificação do peso com os lactentes sem roupas em balança eletrônica de uso exclusivo para bebês, essa avaliação foi baseada na referência dos

indicadores peso e idade (P/I) e a curva definida pela OMS e MS Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011a), para avaliação desse indicador. A partir do (P/I) os lactentes foram classificados em peso elevado para a idade (escore z:  $>+2$ ), peso adequado para a idade (escore z:  $>-2$  e  $<+2$ ), baixo peso para a idade (escore z:  $>-3$  e  $<-2$ ), peso muito baixo para a idade (escore  $<-3$ ) e o sentido da curva (ascendente, horizontal ou descendente). b) avaliação nutricional dos Recém Nascidos (RN) prematuros: essa avaliação foi baseada na curva de crescimento de Babson (ANEXO A) para crianças prematuras nascidas a partir da 22<sup>o</sup> semana de gestação até a 40<sup>o</sup> semana considerando sua idade cronológica em semanas. O peso do prematuro foi considerado adequado quando o ponto de encontro das linhas estava próximo da linha central da curva (percentil 50). A partir da 40<sup>o</sup> semana a avaliação foi baseada na curva definida pela OMS e MS Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2011a). c) Inspeção do lactente: avaliação dos lábios e cavidade oral do lactente: se apresentavam fissuras labiopalatinas e/ou anquiloglossia. d) Inspeção da mãe: se presença de anomalias das mamas.

Foi realizada a observação estrutural orientada por instrumento adaptado especificamente para este fim (APÊNDICE B) tendo como objetivo avaliar a posição, pega, sucção, deglutição, sinais ou sintomas de liberação de ocitocina, comunicação mãe-filho, tempo e fornecimento adequado de leite de cada mamada. Todas as informações foram transcritas para o referido formulário.

## 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram compilados no software Excel, em forma de planilhas e organizados em tabelas. Calcularam-se as medidas estatísticas média e desvio padrão das variáveis idade, número de filhos, renda, idade do bebê e idade gestacional. As associações entre os diagnósticos, as CD, FR e as variáveis categóricas foram analisadas pelos testes de  $\chi^2$  e Exato de Fisher. Para todas as análises consideraram-se estatisticamente significantes aquelas com  $p < 0,05$ . Os dados foram processados no SPSS versão 20.0, licença número 10101131007.

Foram considerados os seguintes pontos de corte para análise das associações: DE, CD e FR com frequência acima de 50%.

## 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Em face dos aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica a UB foi visitada previamente pela pesquisadora. Os objetivos foram explicados para os diretores, e em seguida foi encaminhado para a Rede de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município uma solicitação para o desenvolvimento da pesquisa. Após a anuência de todas as diretorias, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para as providências éticas e legais da pesquisa com seres humanos. Tão logo foi emitido o parecer favorável nº 808.354 em 28/08/2014 (ANEXO B) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUUFMA a coleta de dados foi iniciada.

Desse modo, se cumpriu as recomendações determinadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012).

Após verificar se as participantes atendiam aos critérios de inclusão, estas foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participar de forma voluntária ressaltando a garantia do anonimato e a ausência de qualquer ônus para a participante. Para aquelas que aceitaram participar foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), Termo de Assentimento para as menores de 12 a 18 anos (APÊNDICE E) e TCLE (APÊNDICE D) para os responsáveis dos menores de idade, todos os (TCLE) em duas vias, uma para a participante e a outra para a pesquisadora.

## 5 RESULTADOS

No estudo foram avaliados 31 binômios, mãe-filho que se encontravam no período de amamentação exclusiva de 0-6 meses preconizado pelo MS acompanhados por uma Unidade Básica de Saúde de São Luís - MA.

Com o objetivo de caracterizar a amostra, a seguir é apresentada a tabela 1, que consta a distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem apresentados pelos binômios do estudo.

Em relação aos Diagnósticos de Enfermagem, mais da metade da amostra do estudo apresentou o Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada (87,1%) seguido do Diagnóstico Amamentação Ineficaz com (61,3%) e Diagnóstico de Enfermagem amamentação interrompida (3,2%) (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem apresentados pelos binômios, mãe-filho em Aleitamento Materno 0-6 meses. São Luís, 2015

Diagnósticos de Enfermagem	Nº	%
Amamentação Ineficaz	19	61,3
Amamentação Interrompida	1	3,2
Disposição para Amamentação Melhorada	27	87,1

A seguir na tabela 2, consta a distribuição das mulheres segundo os dados socioeconômicos.

Conforme se observa, pelos dados apresentados na tabela 2, houve predominância da faixa etária de 18 – 25 anos (54,84%), a maioria em união estável (51,6%), quase metade das mulheres tinham ensino médio completo (45,2%).

Levando em consideração o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS), são adolescentes todos os indivíduos com idade de 10 a 19 anos. Tivemos uma mãe adolescente no nosso estudo, esta com 18 anos.

Ainda como mostram os dados, em relação à ocupação a maioria era do lar ou possuíam outras ocupações, ambos com (45,2%) e possuíam renda *per capita* média de quatrocentos e noventa e nove reais e oitenta e quatro centavos, como um grande número de mulheres não possuía vínculo empregatício também não se encontravam em licença maternidade (74,2%).

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo os dados socioeconômicos. São Luís, 2015

Variáveis	Nº	%
<b>Idade</b>		
18 – 25	17	54,84
26 – 38	14	45,16
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	9	29,0
Casada	6	19,4
União Estável	16	51,6
<b>Escolaridade</b>		
<sup>1</sup> ESC	6	19,4
<sup>2</sup> ESI	4	12,9
<sup>3</sup> EMC	14	45,2
<sup>4</sup> EMI	3	9,7
<sup>5</sup> EFC	2	6,5
<sup>6</sup> EFI	2	6,5
<b>Ocupação</b>		
Do Lar	14	45,2
Estudante	3	9,7
Outras	14	45,2
<b>Licença Maternidade</b>		
Sim	8	25,8
Não	23	74,2
	Média	<sup>7</sup> DP
Renda <i>per capita</i>	499,84	717,4

<sup>1</sup> Ensino Superior Completo (ESC); <sup>2</sup> Ensino Superior Incompleto (ESI); <sup>3</sup> Ensino Médio Completo (EMC); <sup>4</sup> Ensino Médio Incompleto (EMI); <sup>5</sup> Ensino Fundamental Completo (EFC); <sup>6</sup> Ensino Fundamental Incompleto (EFI); <sup>7</sup> Desvio Padrão (DP)

Na tabela 3 consta a distribuição das mulheres segundo os dados obstétricos, número de filhos, tipo de parto e idade gestacional no parto.

Em relação ao número de filhos, a tabela 3 mostra que a maioria possuía somente um filho (51,6%), houve predominância no tipo de parto cesáreo (54,8%) indicando

um pouco mais da metade da amostra estudada e a idade gestacional no parto em semanas com maior frequência foi de 32 - 39 semanas (74,2%).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres segundo os dados obstétricos. São Luís, 2015

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Nº de filhos</b>		
1	16	51,6
2	6	19,4
3	6	19,4
4	3	9,7
<b>Tipo de Parto</b>		
Normal	14	45,2
Cesáreo	17	54,8
<b>Idade Gestacional no parto em semanas</b>		
32 - 39	23	74,2
40 – 42	8	25,8

A seguir, a tabela 4, dispõe sobre a distribuição dos lactentes segundo os dados de identificação, idade e sexo.

No estudo, conforme mostra a tabela 4, mais da metade dos lactentes possuía idade de 46 – 180 dias (65,6%) e houve predominância do sexo masculino (59,4%).

Tabela 4 - Distribuição dos lactentes segundo os dados de identificação. São Luís, 2015

Variáveis	N°	%
<b>Idade em dias</b>		
1 – 10	2	6,3
11 – 45	8	28,1
46 – 180	21	65,6
<b>Sexo</b>		
Masculino	19	59,4
Feminino	13	40,6

A tabela 5 dispõe sobre a distribuição das Características Definidoras e Fatores Relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz.

No estudo, conforme mostra a tabela 5, as mulheres apresentaram a totalidade das dezesseis Características Definidoras do Diagnóstico Amamentação Ineficaz. Todas as características constam em frequência menor que 50%, foram identificadas as seguintes: Ausência de ganho de peso do lactente (9,7%), Ausência de resposta a outras medidas de conforto (32,3%), Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina (29,0%), Descontinuidade da sucção na mama (41,9%), Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação (29,0%), Incapacidade do lactente de apreender a região areolo-mamilar corretamente (38,7%), Lactente chora ao ser posto na mama (35,5%), Lactente chora na primeira hora após a amamentação (38,7%), Lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação (38,7%), Lactente se arqueia na mama (19,4%), Oportunidade insuficiente de sugar a mama (12,9%), Perda de peso do lactente sustentada (9,7%), Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação (25,8%), Processo de amamentação insatisfatório (32,3%), Resistência do lactente em apreender a região areolo-mamilar com a boca (35,5%), Suprimento de leite inadequado percebido (12,9%).

Os Fatores Relacionados apresentados foram os seguintes: Ansiedade materna (61,3%), Ambivalência materna (51,6%), Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras (51,6%), Reflexo de sucção do lactente insatisfatório (45,2%), Família não oferece apoio (22,6%), Prematuridade (19,4%), História prévia de fracasso na amamentação (16,1%), Interrupção na amamentação (16,1%), Parceiro não oferece apoio (12,9%), Cirurgia prévia de mama (6,5%), Déficit de conhecimento (6,5%) (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das Características Definidoras e Fatores Relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz. São Luís, 2015

<b>Características Definidoras</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ausência de ganho de peso do lactente	3	9,7
Ausência de resposta a outras medidas de conforto	10	32,3
Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina	9	29,0
Descontinuidade da sucção na mama	13	41,9
Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação	9	29,0
Incapacidade do lactente de apreender a região areolo-mamilar corretamente	12	38,7
Lactente chora ao ser posto na mama	11	35,5
Lactente chora na primeira hora após a amamentação	12	38,7
Lactente exhibe agitação na primeira hora após a amamentação	12	38,7
Lactente se arqueia na mama	6	19,4
Oportunidade insuficiente de sugar a mama	4	12,9
Perda de peso do lactente sustentada	3	9,7
Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação	8	25,8
Processo de amamentação insatisfatório	10	32,3
Resistência do lactente em apreender a região areolo-mamilar com a boca	11	35,5
Suprimento de leite inadequado percebido	4	12,9
<b>Fatore Relacionados</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ambivalência materna	16	51,6
Anomalia do lactente	—	—
Anomalia do peito materno	—	—
Ansiedade materna	19	61,3
Cirurgia prévia de mama	2	6,5
Déficit de conhecimento	2	6,5
Família não oferece apoio	7	22,6
História prévia de fracasso na amamentação	5	16,1
Interrupção na amamentação	5	16,1
Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras	16	51,6
Parceiro não oferece apoio	4	12,9
Prematuridade	6	19,4
Reflexo de sucção do lactente insatisfatório	14	45,2

A tabela 6 dispõe a distribuição das Características Definidoras e Fatores Relacionados identificados do Diagnóstico Amamentação Interrompida.

No estudo foram identificadas todas as Características Definidoras do Diagnóstico Amamentação Interrompida. As Características Definidoras ao diagnóstico são: Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades do filho (100%), Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança (96,8%), Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno (96,8%), Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno (6,5%), O lactente não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas (71,0%), Separação entre mãe e filho (25,8%). Como observado apenas um Fator Relacionado foi identificado: Prematuridade (3,2%) (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das Características Definidoras e Fatores Relacionados do Diagnóstico Amamentação Interrompida. São Luís, 2015

<b>Características Definidoras</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades do filho	31	100
Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança	30	96,8
Falta de conhecimento com relação a expressão (ordenha) do leite materno	30	96,8
Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno	2	6,5
O lactente não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas	22	71,0
Separação entre mãe e filho	8	25,8
<b>Fatores Relacionados</b>		
Contraindicações à amamentação	–	–
Doença da mãe	–	–
Doença do lactente	–	–
Emprego materno	–	–
Necessidade de desmamar abruptamente o lactente	–	–
Prematuridade	1	3,2

Adiante, segue a tabela 7 com a distribuição das Características Definidoras identificadas nas mulheres do estudo em relação ao Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada.

Foram identificadas todas, ou seja, treze Características Definidoras do diagnóstico em estudo, sendo que doze apresentaram frequência superior a 50%. As características apresentadas foram: A mãe é capaz de posicionar o lactente no peito para promover uma boa pega bem-sucedida (22,6%), Avidéz do lactente para ser amamentado (100,0%), Deglutição contínua no peito (64,5%), Deglutição regular no peito (80,6%), O lactente está satisfeito após a mamada (51,6%), Padrão de peso do lactente apropriado para a idade (51,6%), Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade (64,5%), Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (87,1%), Sinais de liberação de ocitocina (67,7%), Sintomas de liberação de ocitocina (71,0%), Sucção contínua no peito (71,0%), Sucção regular no peito (67,7%), Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (51,6%) (tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das Características Definidoras do Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015

<b>Características Definidoras</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
A mãe é capaz de posicionar o lactente no peito para promover uma boa pega bem-sucedida	7	22,6
Avidéz do lactente para ser amamentado	31	100,0
Deglutição contínua no peito	20	64,5
Deglutição regular no peito	25	80,6
O lactente está satisfeito após a mamada	16	51,6
Padrão de peso do lactente apropriado para a idade	16	51,6
Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade	20	64,5
Padrões eficazes da comunicação mãe-filho	27	87,1
Sinais de liberação de ocitocina	21	67,7
Sintomas de liberação de ocitocina	22	71,0
Sucção contínua no peito	22	71,0
Sucção regular no peito	21	67,7
Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação	16	51,6

A seguir, na Tabela 8, estão expostas as médias e tendência central e de dispersão referentes aos Diagnósticos de Enfermagem, Amamentação Ineficaz, Amamentação Interrompida e Disposição para Amamentação melhorada e suas Características Definidoras e Fatores Relacionados.

Ao avaliar a tabela 8, os Diagnósticos de Enfermagem, verificou-se no Diagnóstico Amamentação Ineficaz a média de 7,5 (+/- 0,6), e a média das Características Definidoras foi de 4,4 (+/- 4,8). Nos Fatores Relacionados, verificou-se a média de 3,1 (+/- 1,9).

O Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Interrompida apresentou uma média de 2,9 (+/- 0,7), em relação às características a média foi de 2,9 (+/- 0,7).

Quanto ao Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada, verificou-se uma média de 7,5 (+/- 3,3) e uma média de Características Definidoras de 1,0 (+/- 3,3).

Tabela 8 - Distribuição das medidas de tendência central de dispersão dos Diagnósticos de Enfermagem, Características Definidoras e Fatores Relacionados. São Luís, 2015

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b><sup>1</sup>DP</b>
DE Amamentação Ineficaz	7,5	6,0
Características Definidoras	4,4	4,8
Fatores Relacionados	3,1	1,9
DE Amamentação Interrompida	2,9	0,7
Características Definidoras	2,9	0,7
Fatores Relacionados	—	—
DE Disposição para amamentação melhorada	7,5	3,3
Características Definidoras	1,0	3,3

<sup>1</sup>Desvio Padrão (DP)

A seguir, nas tabelas 9 e 10 são expostas as estatísticas de associação entre os dados socioeconômicos e os Diagnósticos de Enfermagem Amamentação Ineficaz e Disposição para Amamentação melhorada.

Como mostra a tabela 9, o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz foi encontrado em 19 mulheres, das quais (11) estavam na faixa etária de 26 – 38 anos, em relação ao estado civil (13) tinham companheiro, (13) possuíam Ensino Fundamental ou Médio, possuíam em sua maioria outras ocupações (11), (10) recebiam menos de um salário mínimo, destas (13) não tiveram licença maternidade.

Em relação aos dados socioeconômicos não houve associação estatística significativa.

Tabela 9 - Distribuição das mulheres segundo os dados socioeconômicas e o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz. São Luís, 2015

Variáveis	DE Amamentação Ineficaz		Estatística		
	Presente N°	Ausente N°	<sup>1</sup> P	<sup>2</sup> RP	<sup>3</sup> IC 95%
<b>Idade</b>					
26 – 38	11	6	0,66	1,13	0,6-2,0
18 – 25	8	6			
Total	19	12			
<b>Estado civil</b>					
C/ companheiro	13	9		1,12	0,6-2,0
S/ companheiro	6	3	0,69		
Total	19	12			
<b>Escolaridade</b>					
Fund/médio	13	8	0,91	1,03	0,5-1,8
Superior	6	4			
Total	19	12			
<b>Ocupação</b>					
Outras	11	6	0,66	1,13	0,6-2,0
Do lar	8	6			
Total	19	12			
<b>Renda</b>					
¼ SM	10	7		1,09	0,6-1,9
¼ a 3 SM	9	5	0,75		
Total	19	12			
<b>Licença Maternidade</b>					
Não	13	10		1,32	0,77-2,27
Sim	6	2	1,32		
Total	19	12			

Tabela 10 - Distribuição das mulheres segundo os dados socioeconômicas e o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015

Variáveis	DE Disposição para Amamentação melhorada		Estatística		
	Presente	Ausente	<sup>1</sup> P	<sup>2</sup> RP	<sup>3</sup> IC 95%
	Nº	Nº			
<b>Idade</b>					
26 – 38	14	3		0,35	0,03-3,90
18 – 25	13	1	0,38		
Total	27	4			
<b>Estado civil</b>					
C/ companheiro	19	3		1,26	0,11-4,05
S/ companheiro	8	1	0,84		
Total	27	4			
<b>Escolaridade</b>					
Fund/médio	17	4		0,81	0,65- 0,99
Superior	10	0	0,13		
Total	27	4			
<b>Ocupação</b>					
Outras	15	2	0,83	1,25	0,15-0,22
Do lar	12	2			
Total	27	4			
<b>Renda</b>					
¼ SM	15	2	0,83	0,80	0,09- 6,54
¼ a 3 SM	12	2			
Total	27	4			
<b>Licença</b>					
<b>Maternidade</b>					
Não	20	1	0,96	1,47	0,16-5,07
Sim	7	3			
Total	27	4			

<sup>1</sup>P – Teste Qui-Quadrado, <sup>2</sup>Razão de Proporção (RP), <sup>3</sup>Intervalo de Confiança (IC) de 95%

A distribuição das mulheres segundo os dados socioeconômicos e o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Interrompida não foi demonstrada em tabela devido o número da amostra que consta de apenas um resultado com este diagnóstico.

Em relação ao Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada, esteve presente em 27 mulheres: destas (14) estavam na faixa etária de 26 a 38 anos, (19) tinham

companheiro, (17) possuíam Ensino Fundamental ou Médio, a maioria possuíam outras ocupações (15) e possuíam renda menor que um salário mínimo (15). E em relação às mulheres que não estavam de licença maternidade a maioria (20) tiveram o Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada presente. Não houve associação estatística significativa entre as variáveis e este diagnóstico (tabela 10).

Nas tabelas 11 e 12 expõe-se a distribuição das mulheres segundo os dados obstétricos e os Diagnósticos de Enfermagem Amamentação Ineficaz e Disposição para Amamentação Melhorada.

De acordo com a tabela 11, observa-se a presença de (10) mulheres com 1 filho e (9) com 2 a 4 filhos, em relação ao tipo de parto predominante foi o cesáreo com (12), a maioria tinha idade gestacional entre (32-39 semanas) no parto (10).

Tabela 11 - Distribuição das mulheres segundo os dados obstétricas e o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz. São Luís, 2015

Variáveis	DE Amamentação Ineficaz		Estatística		
	Presente N°	Ausente N°	<sup>1</sup> P	<sup>2</sup> RP	<sup>3</sup> IC 95%
<b>N° de filhos</b>					
1	10	6	0,88	1,04	0,59-1,82
2 -4	9	6			
Total	19	12			
<b>Tipo de parto</b>					
Cesáreo	12	5	0,24	1,41	0,76-2,59
Normal	7	7			
Total	19	12			
<b>Idade gestacional</b>					
Em semanas no parto					
32 – 39	10	6	0,88	1,11	0,26-4,71
40 – 42	9	6			
Total	19	12			

<sup>1</sup>P – Teste Qui-Quadrado, <sup>2</sup>Razão de Proporção (RP), <sup>3</sup> Intervalo de Confiança (IC) de 95%

Como se observa, os dados obstétricos não obtiveram associação estatística significativa com o Diagnóstico Amamentação Ineficaz.

A distribuição das mulheres segundo os dados obstétricos e o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Interrompida não foi demonstrada em tabela devido o número da amostra que consta de apenas um resultado com este diagnóstico.

De acordo com a tabela 12, observa-se a presença de (13) mulheres com 1 filho e (14) com 2 a 4 filhos, em relação ao tipo de parto predominante foi o cesáreo com (14), a maioria tinha idade gestacional entre (32-39 semanas) no parto (14).

Tabela 12 - Distribuição das mulheres segundo os dados obstétricas e o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015

Variáveis	DE Disposição para Amamentação melhorada		Estatística		
	Presente	Ausente	<sup>1</sup> P	<sup>2</sup> RP	<sup>3</sup> IC 95%
	Nº	Nº			
<b>Nº de filhos</b>					
1	13	3			0,66-1,14
2 -4	14	1	1,00	0,87	
Total	27	4			
<b>Tipo de parto</b>					
Cesáreo	14	3		0,88	0,68-1,15
Normal	13	1	0,75		
Total	27	4			
<b>Idade gestacional</b>					
Em semanas no parto					
32 – 39	14	2	0,00	1,01	0,77-1,32
40 – 42	13	2			
Total	27	4			

<sup>1</sup>P – Teste Qui-Quadrado, <sup>2</sup>Razão de Proporção (RP), <sup>3</sup> Intervalo de Confiança (IC) de 95%

De acordo com os dados obstétricos, a idade gestacional em semanas no parto de 32 a 39 semanas se mostrou estatisticamente significativa com o Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada ( $p = 0,00$ ).

Como observado às outras variáveis não evidenciaram relação estatística significativa com este diagnóstico.

Adiante, seguem as tabela 13 e 14 com a distribuição dos dados de identificação dos lactentes e os Diagnósticos Amamentação Ineficaz e Disposição para Amamentação melhorada.

O Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz esteve presente em 19 lactentes: (14) com idade de 47 a 180 dias. Sendo (11) do sexo masculino e (8) do sexo

feminino. Não houve associação estatística significativa entre as variáveis e este diagnóstico (tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos lactentes segundo os dados de identificação e o Diagnóstico Amamentação Ineficaz. São Luís, 2015

Variáveis	DE Amamentação Ineficaz		Estatística		
	Presente N°	Ausente N°	<sup>1</sup> P	<sup>2</sup> RP	<sup>3</sup> IC 95%
<b>Idade em dias</b>					
1 – 46	5	5			
47 – 180	14	7	0,37	1,33	0,66-2,65
<b>Total</b>	19	12			
<b>Sexo</b>					
Masculino	11	8		1,15	0,66-2,00
Feminino	8	4	0,62		
<b>Total</b>	19	12			

<sup>1</sup>P – Teste Qui-Quadrado, <sup>2</sup>Razão de Proporção (RP), <sup>3</sup> Intervalo de Confiança (IC) de 95%

A distribuição das mulheres segundo os dados de identificação do lactente e o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Interrompida não foi demonstrada em tabela devido o número da amostra que consta de apenas um resultado com este diagnóstico.

Em relação ao Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada, esteve presente em 27 lactentes: (18) com idade de 47 a 180 dias. Destes, (16) do sexo masculino. Não houve associação estatística significativa entre as variáveis e o diagnóstico (tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição dos lactentes segundo os dados de identificação e o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015

Variáveis	DE Disposição para Amamentação melhorada		Estatística		
	Presente	Ausente	<sup>1</sup> P	<sup>2</sup> RP	<sup>3</sup> IC 95%
	Nº	Nº			
<b>Idade em dias</b>					
1 – 46	9	1	0,73		0,06- 7,35
47 – 180	18	3		0,66	
Total	27	4			
<b>Sexo</b>					
Masculino	16	3		2,06	0,18- 22,50
Feminino	11	1	0,53		
Total	27	4			

<sup>1</sup>P – Teste Qui-Quadrado, <sup>2</sup>Razão de Proporção (RP), <sup>3</sup> Intervalo de Confiança (IC) de 95%

Nas tabelas 15 e 16 constam as estatísticas de associação entre os dados socioeconômicos e obstétricos e as Características Definidoras e os Fatores Relacionados com frequência acima de 50%.

Conforme consta a tabela 15, a idade (18-25) obteve associação estatística significativa com a CD Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade ( $p = 0,02$ ).

Em relação ao estado civil (S/companheiro) houve associação estatística significativa com o FR Ansiedade materna ( $p = 0.04$ ) e Padrões eficazes da comunicação mãe-filho ( $p = 0.03$ ) com o estado civil (C/companheiro).

Como observado às outras CD e FR não evidenciaram relação estatística significativa com este diagnóstico.

Tabela 15 - Distribuição das estatísticas de associação entre as Características Definidoras e os Fatores Relacionados com mais de 50% de frequência e os dados socioeconômicas das mulheres. São Luís, 2015 (cont.)

Características Definidoras, Fatores Relacionados	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Renda	Licença maternidade
<b><sup>1</sup>ABM</b>						
Valor p*	0,87	0,77	0,51	0,57	0,37	0,91
RP**	0,88	0,80	1,65	1,50	1,90	1,09
IC 95%***	(0,21-3,66)	(0,16-0,16)	(0,35-7,60)	(0,36-6,23)	(0,45-7,98)	(0,21-5,45)
<b><sup>2</sup>ASM</b>						
Valor p*	0,75	0,04#	0,49	0,66	0,66	0,07
RP**	1,26	0,12	1,75	0,72	1,37	0,15
IC 95%***	(0,29-5,49)	(0,01-1,17)	(0,35-8,71)	(0,17-3,10)	(0,32-5,87)	(0,01-1,47)
<b><sup>3</sup>DMFSLNMF</b>						
Valor p*	0,26	0,51	0,48	0,26	0,35	0,54
RP**	2,30	1,42	1,50	2,30	1,87	1,36
IC 95%***	(1,53-3,47)	(1,13-1,80)	(1,16-1,93)	(1,53-3,47)	(1,34-2,62)	(1,09-1,69)
<b><sup>4</sup>DMMAANNC</b>						
Valor p*	0,26	0,51	0,48	0,26	0,35	0,54
RP**	2,30	1,42	1,50	2,30	1,87	1,36
IC 95%***	(1,53-3,47)	(1,13-1,80)	(1,16-1,93)	(1,53-3,47)	(1,34-2,62)	(1,09-1,69)
<b><sup>5</sup>FCRE(O)LM</b>						
Valor p*	0,39	0,73	0,44	0,39	0,12	0,12
RP**	2,00	1,33	2,00	2,00	3,50	3,60
IC 95%***	(0,39-10,09)	(0,25-7,10)	(0,33-12,04)	(0,39-10,09)	(0,68-17,96)	(0,65-19,77)
<b><sup>6</sup>DC</b>						
Valor p*	0,46	0,87	0,71	0,98	0,13	0,11
RP**	1,75	0,87	0,75	0,98	0,30	0,18
IC 95%***	(0,38-7,91)	(0,17-4,49)	(0,15-3,55)	(0,22-4,30)	(0,06-1,50)	(0,02-1,76)

<sup>1</sup>Ambivalência Materna (ABV); <sup>2</sup>Ansiedade Materna (ASM); <sup>3</sup>Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do seu filho (DMFSLNMF); <sup>4</sup>Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança (DMMAANNC); <sup>5</sup>Falta de conhecimento em relação à expressão (ordenha) do leite materno (FCRE(O)LM); <sup>6</sup>Deglutição contínua (DC); <sup>7</sup>Deglutição regular (DR); <sup>8</sup>O lactente está satisfeito após a mamada (OLSAM); <sup>9</sup>Padrões de peso do lactente apropriado para a idade (PPLAI); <sup>10</sup>Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade (PELAPI); <sup>11</sup>Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (PECM-F); <sup>12</sup>Sinais de liberação de ocitocina (SLO); <sup>13</sup>Sintomas de liberação de ocitocina (SLO); <sup>14</sup>Sucção contínua no peito (SCP); <sup>15</sup>Sucção regular no peito (SRP); <sup>16</sup>Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (VMSPA); p\* - Teste Exato de Fisher; RP\*\* - Razão de Proporção; IC 95%\*\*\* - Intervalo de Confiança de 95%; # - Resultado estatisticamente significativo com estado civil Sem Companheiro (0,04); ## - Resultado estatisticamente significativo com idade de 26 a 38 anos (0,02); ### - Resultado estatisticamente significativo com estado civil Com Companheiro (0,03).

Tabela 15 - Distribuição das estatísticas de associação entre as Características Definidoras e os Fatores Relacionados com mais de 50% de frequência e os dados socioeconômicas das mulheres. São Luís, 2015 (cont.)

Características Definidoras, Fatores Relacionados	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Renda	Licença maternidade
<b><sup>7</sup>DR</b>						
Valor p*	0,51	0,79	0,95	0,11	0,51	0,56
RP**	1,84	1,28	0,94	5,41	0,54	0,51
IC 95%***	(0,28-11,97)	(0,19-8,67)	(0,14-6,25)	(0,55-53,27)	(0,08-3,51)	(0,05-5,22)
<b><sup>8</sup>OLSAM</b>						
Valor p*	0,57	0,77	0,90	0,57	0,87	0,91
RP**	1,50	0,80	0,90	1,50	1,12	1,09
IC 95%***	(0,36-6,23)	(0,16-3,79)	(0,20-4,10)	(0,36-6,23)	(0,27-4,63)	(0,21-5,45)
<b><sup>9</sup>PPLAI</b>						
Valor p*	0,57	0,77	0,90	0,57	0,87	0,91
RP**	1,50	0,80	0,90	1,50	1,12	1,09
IC 95%***	(0,36-6,23)	(0,16-3,79)	(0,20-4,10)	(0,36-6,23)	(0,27-4,63)	(0,21-5,45)
<b><sup>10</sup>PELAPI</b>						
Valor p*	0,02##	0,32	0,24	0,13	0,43	0,31
RP**	6,75	0,41	0,40	3,25	1,80	2,28
IC 95%***	(1,14-39,79)	(0,06-2,46)	(0,08-1,90)	(0,66-16,02)	(0,40-7,95)	(0,44-11,85)
<b><sup>11</sup>PECM-F</b>						
Valor p*	0,19	0,03###	0,41	0,83	0,38	0,96
RP**	0,22	10,50	0,42	0,80	0,35	0,95
IC 95%***	(0,02-2,50)	(0,91-20,25)	(0,05-3,53)	(0,09-6,54)	(0,03-3,90)	(0,08-10,72)
<b><sup>12</sup>SLO</b>						
Valor p*	0,69	0,35	0,31	0,25	0,70	0,71
RP**	1,36	2,13	2,46	0,41	1,33	1,37
IC 95%***	(0,29-6,28)	(0,42-10,72)	(0,41-14,63)	(0,08-1,91)	(0,29-6,04)	(0,25-7,39)
<b><sup>13</sup>SLO</b>						
Valor p*	0,39	0,73	0,93	0,45	0,39	0,77
RP**	2,00	1,33	0,93	0,55	0,50	0,76
IC 95%***	(0,39-10,09)	(0,25-7,10)	(0,17-4,86)	(0,11-2,65)	(0,09-2,52)	(0,12-4,75)

<sup>1</sup>Ambivalência Materna (ABV); <sup>2</sup>Ansiedade Materna (ASM); <sup>3</sup>Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do seu filho (DMFSLNMF); <sup>4</sup>Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança (DMMAANNC); <sup>5</sup>Falta de conhecimento em relação à expressão (ordenha) do leite materno (FCRE(O)LM); <sup>6</sup>Deglutição contínua (DC); <sup>7</sup>Deglutição regular (DR); <sup>8</sup>O lactente está satisfeito após a mamada (OLSAM); <sup>9</sup>Padrões de peso do lactente apropriado para a idade (PPLAI); <sup>10</sup>Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade (PELAPI); <sup>11</sup>Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (PECM-F); <sup>12</sup>Sinais de liberação de ocitocina (SLO); <sup>13</sup>Sintomas de liberação de ocitocina (SLO); <sup>14</sup>Sucção contínua no peito (SCP); <sup>15</sup>Sucção regular no peito (SRP); <sup>16</sup>Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (VMSPA); p\* - Teste Exato de Fisher; RP\*\* - Razão de Proporção; IC 95%\*\*\* - Intervalo de Confiança de 95%; # - Resultado estatisticamente significativo com estado civil Sem Companheiro (0,04); ## - Resultado estatisticamente significativo com idade de 26 a 38 anos (0,02); ### - Resultado estatisticamente significativo com estado civil Com Companheiro (0,03).

Tabela 15 - Distribuição das estatísticas de associação entre as Características Definidoras e os Fatores Relacionados com mais de 50% de frequência e os dados socioeconômicas das mulheres. São Luís, 2015 (cont.)

Características Definidoras, Fatores Relacionados	Idade	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Renda	Licença maternidade
<b><sup>14</sup>SCP</b>						
Valor p*	0,10	0,16	0,93	0,39	0,12	0,54
RP**	4,20	0,21	0,93	2,00	3,50	1,70
IC 95%***	(0,70-24,94)	(0,02-2,08)	(0,17-4,86)	(0,39-10,09)	(0,68-17,96)	(0,30-9,37)
<b><sup>15</sup>SRP</b>						
Valor p*	0,05	0,44	0,85	0,24	0,25	0,71
RP**	5,33	0,50	1,16	2,56	2,43	1,37
IC 95%***	(0,90-31,44)	(0,08-3,01)	(0,22-5,94)	(0,51-12,72)	(0,52-11,38)	(0,25-7,39)
<b><sup>16</sup>VMSPA</b>						
Valor p*	0,57	0,77	0,90	0,57	0,87	0,91
RP**	1,50	0,80	0,90	1,50	1,12	1,09
IC 95%***	0,36-0,36	(0,16-3,79)	(0,20-4,10)	(0,36-6,23)	(0,27-4,63)	(0,21-5,45)

<sup>1</sup>Ambivalência Materna (ABV); <sup>2</sup>Ansiedade Materna (ASM); <sup>3</sup>Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do seu filho (DMFSLNNF); <sup>4</sup>Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança (DMMAANNC); <sup>5</sup>Falta de conhecimento em relação à expressão (ordenha) do leite materno (FCRE(O)LM); <sup>6</sup>Deglutição contínua (DC); <sup>7</sup>Deglutição regular (DR); <sup>8</sup>O lactente está satisfeito após a mamada (OLSAM); <sup>9</sup>Padrões de peso do lactente apropriado para a idade (PPLAI); <sup>10</sup>Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade (PELAPI); <sup>11</sup>Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (PECM-F); <sup>12</sup>Sinais de liberação de ocitocina (SLO); <sup>13</sup>Sintomas de liberação de ocitocina (SLO); <sup>14</sup>Sucção contínua no peito (SCP); <sup>15</sup>Sucção regular no peito (SRP); <sup>16</sup>Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (VMSPA); p\* - Teste Exato de Fisher; RP\*\* - Razão de Proporção; IC 95%\*\*\* - Intervalo de Confiança de 95%; # - Resultado estatisticamente significativo com estado civil Sem Companheiro (0,04); ## - Resultado estatisticamente significativo com idade de 26 a 38 anos (0,02); ### - Resultado estatisticamente significativo com estado civil Com Companheiro (0,03).

Ao se analisar a associação entre as CD e os FR com os dados obstétricos, como observado na tabela 16, a idade gestacional (32-39) teve associação estatística significativa com o FR ansiedade materna ( $p = 0,01$ ).

Tabela 16 - Distribuição das estatísticas de associação entre as Características Definidoras e os Fatores Relacionados com mais de 50% de frequência e os dados obstétricas das mulheres. São Luís, 2015 (cont.)

Características Definidoras, Fatores Relacionados	Nº de filhos	Tipo de parto	Idade gestacional
<b><sup>1</sup>ABM</b>			
Valor p*	0,85	0,87	0,59
RP**	1,14	0,88	0,68
IC 95%***	(0,27-4,68)	(0,21-3,66)	(0,16-2,80)
<b><sup>2</sup>ASM</b>			
Valor p*	0,10	0,24	0,01 <sup>#</sup>
RP**	0,29	0,41	0,15
IC 95%***	(0,06-1,33)	(0,09-1,82)	(0,03-0,78)
<b><sup>3</sup>DMMAANNC</b>			
Valor p*	0,32	0,35	0,32
RP**	2,00	1,87	2,00
IC 95%***	(1,39-2,86)	(1,34-2,62)	(1,39-2,86)
<b><sup>4</sup>FCRE(O)LM</b>			
Valor p*	0,32	0,35	0,32
RP**	2,00	1,87	2,00
IC 95%***	(1,39-2,86)	(1,34-2,62)	(1,39-2,86)
<b><sup>5</sup>OLÑRNAT</b>			
Valor p*	0,77	0,39	0,77
RP**	1,25	2,00	1,25
IC 95%***	(0,26-5,93)	(0,39-10,09)	(0,26-5,93)
<b><sup>6</sup>DC</b>			
Valor p*	0,08	0,98	0,80
RP**	4,00	0,98	1,20
IC 95%***	(0,80-19,81)	(0,22-4,30)	(0,27-5,24)

<sup>1</sup> Ambivalência Materna (ABV); <sup>2</sup> Ansiedade Materna (ASM); <sup>3</sup> Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do seu filho (DMFSLNNF); <sup>4</sup> Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança (DMMAANNC); <sup>5</sup> Falta de conhecimento em relação à expressão (ordenha) do leite materno (FCRE(O)LM); <sup>6</sup> Deglutição contínua (DC); <sup>7</sup> Deglutição regular (DR); <sup>8</sup> O lactente está satisfeito após a mamada (OLSAM); <sup>9</sup> Padrões de peso do lactente apropriado para a idade (PPLAI); <sup>10</sup> Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade (PELAPI); <sup>11</sup> Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (PECM-F); <sup>12</sup> Sinais de liberação de ocitocina (SLO); <sup>13</sup> Sintomas de liberação de ocitocina (SLO); <sup>14</sup> Sucção contínua no peito (SCP); <sup>15</sup> Sucção regular no peito (SRP); <sup>16</sup> Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (VMSPA); p\* - Teste Exato de Fisher; RP\*\* - Razão de Proporção; IC 95%\*\*\* - Intervalo de Confiança de 95%; # - Resultado estatisticamente significativo com idade gestacional 32 a 39 semanas (0,01).

Tabela 16 - Distribuição das estatísticas de associação entre as Características Definidoras e os Fatores Relacionados com os dados obstétricas das mulheres. São Luís, 2015 (cont.)

Características Definidoras, Fatores Relacionados	Nº de filhos	Tipo de parto	Idade gestacional
<b><sup>7</sup>DR</b>			
Valor p*	0,41	0,51	0,41
RP**	2,16	1,84	2,16
IC 95%***	(0,33-14,05)	(0,28-11,97)	(0,33-14,05)
<b><sup>8</sup>OLSAM</b>			
Valor p*	0,85	0,57	0,59
RP**	1,14	1,50	0,68
IC 95%***	(0,27-4,68)	(0,36-6,23)	(0,16-2,80)
<b><sup>9</sup>PPLAI</b>			
Valor p*	0,85	0,57	0,59
RP**	1,14	1,50	0,68
IC 95%***	(0,27-4,68)	(0,36-6,23)	(0,16-2,80)
<b><sup>10</sup>PELAPI</b>			
Valor p*	0,32	0,46	0,80
RP**	2,13	1,75	1,20
IC 95%***	(0,47-9,69)	(0,38-7,91)	(0,27-5,24)
<b><sup>11</sup>PECM-F</b>			
Valor p*	0,31	0,38	0,94
RP**	3,23	2,78	0,92
IC 95%***	(0,29-35,11)	(0,25-30,27)	(0,11-7,58)
<b><sup>12</sup>SLO</b>			
Valor p*	0,90	0,70	0,37
RP**	0,90	0,75	0,50
IC 95%***	(0,20-4,10)	(0,16-3,39)	(0,10-2,31)
<b><sup>13</sup>SLO</b>			
Valor p*	0,28	0,39	0,77
RP**	2,40	2,00	1,25
IC 95%***	(0,47-12,13)	(0,39-10,09)	(0,26-5,93)

<sup>1</sup> Ambivalência Materna (ABV); <sup>2</sup> Ansiedade Materna (ASM); <sup>3</sup> Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do seu filho (DMFSLNNF); <sup>4</sup> Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança (DMMAANNC); <sup>5</sup> Falta de conhecimento em relação à expressão (ordenha) do leite materno (FCRE(O)LM); <sup>6</sup> Deglutição contínua (DC); <sup>7</sup> Deglutição regular (DR); <sup>8</sup> O lactente está satisfeito após a mamada (OLSAM); <sup>9</sup> Padrões de peso do lactente apropriado para a idade (PPLAI); <sup>10</sup> Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade (PELAPI); <sup>11</sup> Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (PECM-F); <sup>12</sup> Sinais de liberação de ocitocina (SLO); <sup>13</sup> Sintomas de liberação de ocitocina (SLO); <sup>14</sup> Sucção contínua no peito (SCP); <sup>15</sup> Sucção regular no peito (SRP); <sup>16</sup> Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (VMSPA); p\* - Teste Exato de Fisher; RP\*\* - Razão de Proporção; IC 95%\*\*\* - Intervalo de Confiança de 95%; # - Resultado estatisticamente significativo com idade gestacional 32 a 39 semanas (0,01).

Tabela 16 - Distribuição das estatísticas de associação entre as Características Definidoras e os Fatores Relacionados com os dados obstétricas das mulheres. São Luís, 2015 (cont.)

Características Definidoras, Fatores Relacionados	Nº de filhos	Tipo de parto	Idade gestacional
<b><sup>14</sup>SCP</b>			
Valor p*	0,77	0,95	0,77
RP**	1,25	1,04	1,25
IC 95%***	(0,26-5,93)	(0,21-4,95)	(0,26-5,93)
<b><sup>15</sup>SRP</b>			
Valor p*	0,51	0,70	0,37
RP**	1,65	0,75	0,50
IC 95%***	(0,35-7,60)	(0,16-3,39)	(0,10-2,31)
<b><sup>16</sup>VMSPA</b>			
Valor p*	0,85	0,57	0,59
RP**	1,14	1,50	0,68
IC 95%***	(0,27-4,68)	(0,36-6,23)	(0,16-2,80)

<sup>1</sup> Ambivalência Materna (ABV); <sup>2</sup> Ansiedade Materna (ASM); <sup>3</sup> Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do seu filho (DMFSLNNF); <sup>4</sup> Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança (DMMAANN); <sup>5</sup> Falta de conhecimento em relação à expressão (ordenha) do leite materno (FCRE(O)LM); <sup>6</sup> Deglutição contínua (DC); <sup>7</sup> Deglutição regular (DR); <sup>8</sup> O lactente está satisfeito após a mamada (OLSAM); <sup>9</sup> Padrões de peso do lactente apropriado para a idade (PPLAI); <sup>10</sup> Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade (PELAPI); <sup>11</sup> Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (PECM-F); <sup>12</sup> Sinais de liberação de ocitocina (SLO); <sup>13</sup> Sintomas de liberação de ocitocina (SLO); <sup>14</sup> Sucção contínua no peito (SCP); <sup>15</sup> Sucção regular no peito (SRP); <sup>16</sup> Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (VMSPA); p\* - Teste Exato de Fisher; RP\*\* - Razão de Proporção; IC 95%\*\*\* - Intervalo de Confiança de 95%; # - Resultado estatisticamente significativo com idade gestacional 32 a 39 semanas (0,01).

Na tabela 17 faz-se a distribuição estatística entre o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz e os Diagnósticos de Enfermagem Amamentação Interrompida e Disposição para Amamentação melhorada.

Tabela 17 - Distribuição das estatísticas de associação entre o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz e os Diagnósticos de Enfermagem Amamentação Interrompida e Disposição para Amamentação melhorada. São Luís, 2015

Variáveis	DE Amamentação Ineficaz		Estatística		
	SIM N°	NÃO N°	P <sup>1</sup>	RP <sup>2</sup>	IC 95% <sup>3</sup>
<b>DE</b>					
<b>Amamentação</b>					
<b>Interrompida</b>					
SIM	1	–			
NÃO	18	12	0,41	1,66	1,24-2,23
Total	19	12			
<b>DE Disposição</b>					
<b>para</b>					
<b>amamentação</b>					
<b>melhorada</b>					
SIM	15	12	0,08	0,55	
NÃO	4	–			0,39-0,77
Total	19	12			

<sup>1</sup>P – Teste Qui-Quadrado. <sup>2</sup>Razão de Proporção (RP), com <sup>3</sup>Intervalo de Confiança (IC)

De acordo com os dados, o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz não apresentou associação estatística significativa com os outros diagnósticos.

## 6 DISCUSSÃO

No estudo, foram encontrados todos os Diagnósticos de Enfermagem relativos à amamentação, Disposição para Amamentação Melhorada (87,1%), Amamentação Ineficaz (61,3%) e Amamentação Interrompida (3,2%) respectivamente.

Pesquisa semelhante de Carvalho et al. (2014) apresentaram o Diagnóstico Amamentação Eficaz com metade da frequência (50,0%) dos binômios avaliados, oito apresentaram Amamentação Interrompida (28,6%) e apenas sete binômios apresentaram o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz (25,0%).

Outra pesquisa, realizada com puérperas, destacou que o Diagnóstico Amamentação Eficaz foi encontrado em (87,5%) da amostra. De modo similar, outro estudo avaliou os Diagnósticos de Enfermagem em unidade de alojamento conjunto onde foi identificada uma ocorrência de (88,5%) do Diagnóstico Amamentação Eficaz. Assim, os resultados dos estudos citados evidenciam alta prevalência para este diagnóstico de enfermagem (VIEIRA et al., 2011; INÁCIO et al., 2011).

A Amamentação Eficaz tem relevante importância ao binômio, mãe-filho, no sentido de aumentar o vínculo afetivo entre ambos, podendo refletir nas relações da família e na qualidade de vida da mesma. Além de proporcionar diversos benefícios como: diminuir a mortalidade infantil, gerar menos hospitalizações, implicando em uma menor abstinência dos pais ao trabalho, menores custos financeiros e de situações estressantes (VIEIRA et al., 2010b; CAMINHA et al., 2010b).

O estudo de Vieira et al. (2010b), teve como segundo DE mais frequente Amamentação ineficaz relacionado, principalmente, à ansiedade materna e ao déficit de conhecimento.

No Brasil, vários estudos sobre evolução de indicadores do aleitamento materno (AM) têm apontado à influência de fatores que podem ter contribuído para a tendência crescente da amamentação no país como: os programas de incentivo ao AM, a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactente, o direito a 120 dias de licença-maternidade (SENA; SILVA; FERREIRA, 2007; VENANCIO; MONTEIRO, 1998; VENANCIO et al., 2010b; VENANCIO; SALDIVA; MONTEIRO, 2013).

Apesar da tendência ascendendo do aleitamento materno no país ser reconhecida, ainda existe baixas taxas de duração do aleitamento materno e esse tema tem se tornado rotina dos pesquisadores e profissionais envolvidos na área materno-infantil, para isso é necessário identificar as mulheres com alto risco de desmame precoce e buscar

estratégias, criando intervenções clínicas e educativas voltadas para as mudanças necessárias para promover o aleitamento materno (ORIÁ, XIMENES, 2010).

Para isso, faz-se necessário aprofundar as investigações acerca das características e fatores determinantes para o sucesso do AM não se esquecendo dos fatores biológicos e, principalmente, os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam diferentes períodos da amamentação.

Tanto para o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz (11) como para o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhora (14) a faixa etária predominante foi de 26 - 38 anos.

Em estudo realizado a partir de dados secundários obtidos na pesquisa Chamada Neonatal junto às mães de crianças menores de um ano de idade em nove estados da Amazônia Legal incluindo o Maranhão, a prevalência de AME foi maior entre mães com maior idade, chegando a 48,1% entre as mães com idade superior a 35 anos (NEVES, 2012).

Semelhante a este estudo, outras pesquisas mostraram que mães com idade superior a 20 anos amamentam exclusivamente por mais tempo seus filhos (BRASIL, 2009a; CAMINHA et al., 2010a), o que provavelmente é explicado pelo fato das mães com mais idade possuírem experiência prévia com outros filhos ou mais maturidade com relação aos cuidados com a alimentação da criança.

Um estudo realizado no Brasil, México e Honduras por Pérez-Escamilla et al. (1995), mostrou apenas nas brasileiras uma maior tendência de AME entre as mães com mais de 18 anos de idade.

De acordo com Neves (2012), a maior idade materna mostrou-se como um fator protetor para a prática do AME na região Nordeste. A prevalência de AME foi maior entre as mães de maior idade quando comparada a mães adolescentes em todos os períodos analisados.

Saldiva et al. (2011), em estudo realizado junto a 18.929 crianças menores de seis meses participantes da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, identificaram que a introdução precoce de mingau/papa foi mais frequente em mães adolescentes (< 20 anos de idade). No estudo realizado em Serrano SP (QUELUZ, 2011), a variável idade materna menor que 20 anos apresentou associação estatística significativa com o desmame precoce ( $p=0,03$ ).

De acordo com Faleiros, Trezzam e Carandina (2006) as dificuldades socioeconômicas podem ser determinantes para a curta duração do AM entre a idade materna mais jovem, o que demonstra a complexidade das influências e interações entre as variáveis idade e condições socioeconômicas. Metade da amostra do estudo possuía renda *per capita* de até quatrocentos e noventa e nove reais.

Existem controvérsias em relação à renda familiar e desmame precoce, dessa forma, alguns autores afirmam que um melhor nível de renda familiar influencia positivamente para o sucesso do AM nos primeiros meses de vida da criança, enquanto outros autores, afirmam que famílias com dificuldades financeiras, tem o aleitamento materno como a única alternativa para alimentar os lactentes, sendo o diferencial para a sobrevivência de muitas crianças (CARRASCOZA; COSTA; MORAES, 2005; SILVA et al., 2005; SANTOS; SOLER; AZOULBEL, 2005).

O desmame precoce aumenta a morbimortalidade e compromete o crescimento e desenvolvimento infantil principalmente em população de baixa condição socioeconômica. Apesar de todas as vantagens do AM incluindo a economia familiar, é crescente o número de mães que optam por outros tipos de alimentos em detrimento do leite materno, muitas vezes por razões culturais da população, que acredita que os alimentos lácteos não maternos podem trazer tantos ou maiores benefícios para o filho (GOUVEIA; ÓRFÃO, 2009; RAMOS et al., 2010).

Diante disso é indiscutível a importância do aleitamento materno na redução dos custos orçamentários de uma família e nas despesas do estado. A alimentação artificial se torna mais dispendioso por causar o surgimento de possíveis doenças quando usada antes dos seis meses de vida da criança, tornando-as propensas a internações hospitalares e maiores gastos com medicamentos (CAMINHA et al., 2010b).

Caminha et al. (2010b) referem ainda, que vantagem como essa, não pode ser esquecida, principalmente em países, como o Brasil, onde a morbidade e mortalidade infantil poderiam ser prevenidas pelo aleitamento materno. Em seu estudo a economia familiar por meio do AM foi citada como uma vantagem, para o suporte, ou até mesmo, impedimento para a interrupção da amamentação.

Outro dado socioeconômico considerado no estudo foi a escolaridade. Conforme identificado, em relação à categoria da variável escolaridade materna, quase metade das mulheres tinham ensino médio completo (45,2%), não apresentaram associação estatística significativa com os Diagnósticos de Enfermagem Amamentação Ineficaz ( $p=0,91$ ;  $RP=1,03$ ;  $IC=0,5-1,8$ ), Disposição para Amamentação melhorada ( $p=0,38$ ;  $RP=0,35$ ;  $IC=0,03-3,90$ ).

Em diversos estudos a maior escolaridade materna, usualmente, utilizada como intermediário da situação econômica é apontada como preditiva da amamentação (VENANCIO; MONTEIRO, 2006; FRANÇA et al., 2007; CAMINHA et al., 2010b; PEREIRA et al., 2010). Em determinado estudo a introdução precoce de chá e mingau/papa foi mais frequente em mães com pouca escolaridade ( $< 8$  anos de estudo) (SALDIVA et al., 2011). Segundo Kummer et al. (2000), esta associação pode estar relacionada com a maior valorização dos benefícios da prática do AME por mulheres de maior renda e escolaridade.

O estudo de Caminha et al. (2010b), demonstrou que a interrupção do AME em crianças menores de 6 meses está associada ao baixo nível de escolaridade materna.

Inegavelmente o alto grau de instrução materna é um preditivo para o sucesso do AM o que pode estar relacionado com a melhor compreensão das orientações recebidas acerca da amamentação durante o pré-natal e a rejeição de influências externas que contradizem as práticas comprovadas cientificamente.

Quanto às situações profissionais caracterizadas como do lar, estudante ou outros, como observado a maioria eram do lar (45,2%) ou possuíam trabalhos formais ou informais (45,2%) destas que trabalhavam (15) tiveram DE Disposição para Amamentação melhorada e (11) tiveram DE Amamentação Ineficaz. Como um grande número de mulheres não possuía vínculo empregatício também não se encontravam em licença maternidade (74,2%) o que pode justificar associação das mães sem licença maternidade com o DE Disposição para Amamentação melhorada.

A permanência da mãe com a criança em casa nos primeiros seis meses é fator associado à manutenção do aleitamento materno (MARTINS; GIUGLIANI, 2012).

O avanço tecnológico e a entrada das mulheres no mercado de trabalho, associados a forte publicidade sobre a comodidade e a praticidade do leite industrializado, constituíram a base do declínio do aleitamento materno (LEITE et al., 1999; MEDEIROS; RODRIGUES, 2001).

Ferreira e Toledo (1997) e Baldrighi et al. (2001) relataram que um dos fatores contribuintes para o desmame precoce é a entrada das mulheres no mercado de trabalho, mesmo sendo permitido por leis trabalhistas amamentar seus filhos durante o trabalho, protegendo assim esse ato.

Em estudo realizado com mães de lactentes no terceiro mês, nascidos com baixo peso assistidos na Atenção Básica da periferia de São Paulo, o vínculo empregatício informal foi tido como fator de proteção para interrupção do AME (SANCHES et al., 2011).

O estudo de Queluz (2011) mostrou que tanto as mães que não trabalham fora como as que trabalham fora sem licença-maternidade apresentam mais chance de não amamentarem exclusivamente seus filhos do que as trabalham fora e possuem licença-maternidade.

O mesmo estudo evidenciou o trabalho materno fora de casa sem licença-maternidade como o fator de maior chance para o abandono do aleitamento materno exclusivo (QUELUZ et al., 2012).

O trabalho da mulher com acesso à licença-maternidade permite a ela ter uma fonte de recurso financeiro, o que pode proporcionar menor preocupação desta natureza e melhor condição de segurança com relação a custos decorrentes das necessidades cotidianas. No entanto, o resultado de que mães que trabalham fora de casa sem licença-

maternidade e de mães que não trabalham fora pode levar à necessidade de iniciar o trabalho fora precocemente ou então enfrentar cortes financeiros de orçamento, em um momento no qual a situação pode significar maior demanda de custos (QUELUZ et al., 2012).

Ainda que essas duas situações apresentem maior chance para interrupção do AME as mesmas não superam outros determinantes do processo da amamentação materna, mas pode-se configurar que o recurso financeiro é um dos aspectos facilitadores para esta prática.

Para que as mães não desmamem precocemente suas crianças e/ou iniciem a introdução de alimentos suplementares ao retornar ao trabalho antes dos seis meses de vida da criança é necessário que recebam apoio de programas de incentivo ao aleitamento materno, durante o puerpério e anterior ao retorno ao trabalho (BRASILEIRO et al., 2010).

Diante disso é importante que o profissional de saúde oriente as mães trabalhadoras quanto à técnica de ordenha e armazenamento do leite o que facilita a manutenção do aleitamento materno. O sucesso desta técnica está relacionado à sua adequada aplicação pelas nutrizes. As nutrizes devem ter conhecimento da prática de ordenha manual com rigor higiênico, ter conhecimento do tempo de armazenamento ou estoque do leite em geladeira ou freezer e conhecimento sobre a oferta do leite à criança por meio de colher ou copo, evitando o uso de mamadeiras (BRASIL, 2009b).

Desde 2008 existem alguns direitos da mulher que direta ou indiretamente protegem o aleitamento materno (SANTIAGO; GIUGLIANI, 2010):

- a) Licença-maternidade assegurada de 120 dias consecutivos, podendo ser estendida por mais 60 dias sem prejuízo do emprego e da remuneração, o benefício também se aplica à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança.
- b) Creche: todo estabelecimento que empregue mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deverá ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação. Essa exigência poderá ser suprida por meio de creches distritais mantidas, diretamente ou mediante convênios, com outras entidades públicas ou privadas, ou entidades sindicais.
- c) Licença paternidade de cinco dias.

No estudo, conforme se percebeu, a maior parte das mulheres vivia em união estável (51,6%), ou seja, possuía companheiro, apresentando relação na sua maioria para o DE Disposição para Amamentação melhorada (19), para o DE Amamentação Ineficaz a prevalência foi de (13).

Paula, Sartoni e Martins (2010) afirmam que, que embora o pai demonstre interesse e disposição em ajudar à mulher no processo de amamentação, na prática os pais pouco participam dessa trajetória. Isso demonstra a falta de participação do pai durante a gestação em que está incluído o processo de amamentação. Além disso, muitos não apresentam conhecimento adequado acerca do aleitamento materno, devido à ausência de orientações durante o pré-natal.

No mesmo estudo de Paula, Sartoni e Martins (2010), os resultados mostraram que os pais que não receberam orientações sobre amamentação durante o pré-natal, mostraram-se desagregados em relação ao processo de amamentação.

Segundo Avery e Magnus (2011), os conhecimentos, comportamentos, vivências e sentimentos que envolvem a participação do pai no processo de amamentação são decorrentes da socialização do homem e da mulher, centrados no corpo biológico, em que o amamentar pertence à mulher enquanto os homens expressam empatia pela gravidez de suas parceiras, porém, reprovam o aleitamento materno em público.

Outros autores corroboram quanto à predominância do estado civil de casada ou união estável em relação à prática do AM, em que se percebe a importância do apoio ofertado pelo companheiro para a realização desta prática. Segundo os autores as mães que não têm companheiro podem oferecer leite materno aos seus filhos por menos tempo (BRASIL, 2009b; BERNARDI; JORDÃO ; BARROS, 2009; CRUZ et al., 2011).

A presença do companheiro é reconhecida como uma ajuda valiosa na amamentação, especialmente quando há uma participação mais efetiva nos cuidados diários com a companheira e o filho. Essas práticas oferecem aos pais a oportunidade da atenção com a criança, estimulando-os a sentir a amamentação não apenas exclusiva da mãe, ao mesmo tempo, compartilhar as responsabilidades assumidas pelo casal (COSTA; TEODORO; ARAÚJO, 2009; BRASIL, 2010a).

Não muito raramente os conhecimentos sobre questões fundamentais da amamentação são insuficientes para permitir o seu pleno sucesso. A atitude positiva do pai exerce um grande efeito na motivação e na capacidade da mãe em amamentar. Sendo assim é muito importante a inclusão do pai e de toda a família na educação em saúde sobre o aleitamento, de forma que todos se tornem corresponsáveis pelo seu sucesso (MARTINS; GIUGLIANI, 2012).

As mulheres do presente estudo tiveram predominância de parto cesáreo (54,8%), estes relacionados tanto com DE Disposição para Amamentação melhorada (14) como com DE Amamentação Ineficaz (12), de crianças nascidas a termo (54,8%), porém as crianças nascidas de 32-39 semanas mais da metade (10) tiveram relação com DE Amamentação Ineficaz e (14) com DE Disposição para Amamentação melhorada. A maioria das mães tinha até um filho (51,6%) estas relacionadas ao DE Amamentação Ineficaz (10) e

as mães com 2-4 filhos tiveram relação com DE Disposição para Amamentação melhorada (14), sendo que (59,4%) destes eram do sexo masculino que por sua vez teve predominância tanto com DE Amamentação Ineficaz (11), quanto com DE Disposição para Amamentação melhorada (16).

O estudo de Vieira et al. (2010a) apresentou resultados semelhantes: as puérperas tiveram predominantemente parto cesáreo (65,0%), de criança a termo (90,0%); a maioria tinha até dois filhos (70,0%).

Estudo realizado com 8.397 nutrízes, em 47 maternidades (municipais, federais, militares, estaduais e privadas) no Rio de Janeiro – RJ, identificou que o parto cesariano foi responsável por reduzir pela metade a prevalência da amamentação na primeira hora de vida do bebê (ARAÚJO et al., 2008). Segundo Boccolini et al. (2011a) o DE Amamentação ineficaz deve ser particularmente investigado em nutrízes que realizam parto cesariano, pois este fator condiciona um retardo do início da amamentação, causando ansiedade e insegurança para a mãe e influencia negativamente no processo de amamentação.

Já Silva et al. (2013), identificou que embora o tipo de parto cesariano cause a separação entre mãe e filho e tenha a recuperação mais demorada e dolorosa isso não impossibilitou o AM nas puérperas do seu estudo.

O estudo de Pinho (2012) apresentou dados semelhantes aos desta pesquisa, a maioria dos bebês nasceu de parto cesáreo e a termo e era do sexo masculino.

Meirelles et al. (2008) referem que crianças nascidas de parto cesáreo tem maior prevalência de uso de suplemento por fórmula substituta do leite em relação às nascidas de parto normal.

Em relação a variável idade gestacional (32-39 semanas) houve associação estatística significativa com o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada ( $p = 0,00$ ).

Estudo realizado com bebês em idade gestacional de 35 a 37 semanas, identificou a idade gestacional como fator definidor para ocorrência da amamentação materna, pois bebês entre essas idades necessitam de maiores cuidados (PACHECO; CABRAL, 2011).

O estado emocional das mães durante a internação e após a alta hospitalar do seu filho prematuro foi apontado como um fator que pode dificultar o AM. O nascimento prematuro favorece os sentimentos negativos e, muitas vezes, compromete a afetividade entre pais e filhos. Soma-se o fato de não poder pegar o filho no colo, o que se torna frustrante para a mãe. O medo do fracasso no aleitamento produz sentimentos negativos nas mães, os quais colaboram para a diminuição da produção de leite (CRUZ et al., 2010; MARQUES; PEREIRA, 2010) .

No que se refere à paridade, Winnicott (2000) relata que a primiparidade proporciona a mãe uma sensibilidade maior em relação às necessidades do filho devido a uma “preocupação materna”, fazendo com que ela se dedique completamente ao filho, mantendo o AM.

Já Souza et al. (2011) constatou-se que as mães desmamam precocemente os primogênitos e mantêm o AM mais prolongado quanto maior o número de filhos na família pode se dizer que o histórico obstétrico anterior contribui para a prática do AM.

O estímulo, o ensinamento e o apoio contínuo são de fundamental importância para as mães para compensar os fatores negativos, como a primiparidade e tipo de parto. A ausência de experiência materna com a amamentação influencia negativamente no início do AM e na sua continuidade (SOUZA et al., 2011). Outro estudo também demonstra que a ausência de experiência prévia do AM é um fator dificultador para as mães (ROIG et al., 2010).

Consoante se percebe no estudo da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2010), onde se verificou que mulheres primíparas são as que têm menor probabilidade de manter o AME até os seis meses. Além disso, algumas características da criança como o sexo masculino, podem ser apontadas como fatores que dificultam a amamentação exclusiva.

O estudo realizado em São Paulo por Venâncio e Monteiro (2006), sugere que meninas têm mais chance a serem amamentadas de maneira exclusiva por mais tempo do que os meninos. Estes dados corroboram com os encontrados na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2009a).

Existe a possibilidade de haver uma crença entre as mães de que as crianças do sexo masculino demandam de maiores necessidades nutricionais, por isso necessitam de complementação alimentar antes dos seis meses de vida.

Tal realidade revela a insegurança materna e os conflitos existentes nessa nova fase de vida (PINHEIRO et al., 2010). Diante disso, o enfermeiro pode minimizar os conflitos entre os saberes científicos e os populares por meio de um olhar atento e abrangente para avaliar, direcionar e oferecer suporte aos sentimentos maternos quanto a crenças, medos e inseguranças.

A ambivalência materna foi um dos Fatores Relacionados com maior frequência (51,6%) referente ao DE Amamentação Ineficaz.

Os inconstantes sentimentos como alegria, tristeza, a preocupação, a calma, a raiva, a realização pessoal, o estresse, e a dor fazem parte da teia de emoções/dificuldades dos casais que vivenciam a amamentação. Estas representações sociais do processo de amamentar foram presentes no estudo de Cabral et al. (2013) o que confirma que esta

prática pode ser prazerosa e menos complicada para alguns, difícil e estressante para outros.

No estudo ora elaborado, o Fator Relacionado Ansiedade Materna apresentou associação estatística significativa ( $p = 0,04$ ) em relação ao estado civil (Sem companheiro) e idade gestacional (32 – 39 semanas) após o parto.

A ansiedade materna é apontada como um dos fatores mais frequentes entre as puérperas que apresentam DE Amamentação Ineficaz, a falta de apoio do parceiro ou até mesmo a ausência deste, assim como história prévia de fracasso na amamentação e a falta de apoio do profissional contribuem para o surgimento deste diagnóstico (VIEIRA et al., 2010a).

A presença do sentimento de ansiedade na prematuridade pode estar associado ao desafio encontrado no manejo da alimentação da criança, é um desafio para mãe e familiares à adaptação às condições de vulnerabilidade do crescimento e da manutenção do estado de saúde do bebê, assim como a implementação de ações e rotinas que não são comuns no dia a dia familiar podem gerar situações de stress dificultando o processo de amamentação. Sendo assim a atenção às crianças imaturas são desafios para a família e para a enfermagem na atenção ao AM (PACHECO; CABRAL, 2011).

Devido às peculiaridades do pós-parto, a mulher vivência uma ambivalência de sentimentos ao papel materno. Assim, a ação do enfermeiro deve possibilitar minimizar o sentimento de ansiedade que a mulher vivência nesta nova fase da vida, as ações devem visar o sucesso no processo de amamentação e conduzir a mãe a se adaptar aos conflitos que poderão surgir. O profissional deve respeitar todo o contexto que envolve a vida da puérpera, sua cultura, suas experiências anteriores, seus anseios, seus reais desejos em amamentar ou não, seus conhecimentos/crenças a cerca da amamentação. No entanto deve orientar por meio de uma abordagem metodológica científica direcionando a promoção da amamentação satisfatória enfatizando a importância, os cuidados com o AM de uma maneira que facilite a interação com a puérpera e sua família minimizando os conflitos entre os saberes científicos e o saber cultural (VIEIRA et al., 2011).

Existem vários fatores que influenciam a escolha pela amamentação materna dos filhos como o apoio do pai e envolvimento dos familiares, o meio social, o uso de chupetas, a presença de traumas mamilares principalmente devido à técnica de amamentação incorreta (VIEIRA et al., 2010c).

Como consta em alguns estudos a confiança materna e sua habilidade quanto à técnica de amamentar influenciam para o sucesso da amamentação. Assim as mulheres que possuem confiança suficiente na habilidade técnica de amamentar seu bebê de forma satisfatória tendem a ter sucesso no processo de amamentação (HANDAYANI; KOSMIN; JIAN, 2012; RODRIGUES et al., 2013; EGATA; BERHANE; WORKU, 2013).

Neste contexto torna-se necessário que durante as consultas de enfermagem de pré-natal as orientações quanto à técnica adequada da amamentação sejam orientadas de preferência no último trimestre da gestação, sendo a assistência do enfermeiro continuada no pós-parto domiciliar. As orientações devem direcionar a mãe quanto à importância da continuidade da amamentação, a prevenção de traumas mamilares causados por técnica incorreta e principalmente orientações de como enfrentar os conflitos de sentimentos que podem surgir durante o processo de amamentação (SOUZA FILHO; GONÇALVES NETO; MARTINS, 2011).

Faz-se necessário fornecer informações positivas sobre o bebê, pois isto minimiza os sentimentos de ansiedade, frustração, incertezas e culpa relacionado à amamentação, tornando as puérperas menos vulneráveis. É importante apoiar a mãe em como conduzir a amamentação quando o bebê apresentar dificuldades em relação à pega e coordenação de sucção, respiração e deglutição (DAVIM; ENDERS; SILVA, 2010).

No entanto, no estudo de Marques et al. (2010) no domicílio tanto as mães que tiveram apoio como as que não tiveram esse apoio, as dificuldades para amamentar foram equivalentes. Para aquelas que tiveram apoio as dificuldades estavam relacionadas principalmente as técnicas de amamentação (condição de pega, sucção lenta, oferecimento de leite humano pelo copo). Embora a mãe receba apoio do profissional de saúde durante o pré-natal sobre as técnicas de amamentação o aleitamento depende também do interesse da mesma em amamentar ou não, das experiências com amamentação vividas anteriormente e da continuidade do apoio no domicílio quanto à técnica correta de amamentação que pode ser a diferença entre o sucesso e o abandono do aleitamento.

Os dados da pesquisa de Rocci e Fernandes (2014) sobre amamentação revelaram que 100% das mães tinham intenção de aleitar os filhos exclusivamente e 68 mulheres (30,2%) mencionaram dificuldade para amamentar na entrevista de alta. Dentre as dificuldades, 70,5% das mulheres referiram a pega como maior obstáculo.

A técnica adequada é fundamental para determinar a efetividade da amamentação, uma vez que mediante a pega correta, a criança consegue retirar o leite em quantidade adequada, sem causar danos ao tecido da região mamilar. A amamentação eficaz depende da sucção da mama e da deglutição uma vez que por meio da sucção se mantém o estímulo adequado à produção e ejeção láctea, o esvaziamento adequado das mamas e, conseqüentemente, a satisfação da criança em relação às suas necessidades nutricionais e afetivas (BRASIL, 2009b; SANTOS et al., 2010).

Mamadas ineficazes dificultam a manutenção de produção adequada de leite, e uma má estimulação do mamilo pode diminuir o reflexo de ejeção. Muitas vezes, o bebê com pega incorreta é capaz de obter o chamado leite anterior, mas tem dificuldade de retirar

o leite posterior, mais nutritivo e rico em gorduras. Esta dificuldade faz com que o ganho de peso da criança não seja o adequado (FREITAS et al., 2011).

Recomenda-se que a criança seja amamentada em livre demanda sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. O esvaziamento das mamas vai depender da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros. Em geral um bebê nos primeiros meses mama de oito a doze vezes ao dia o que pode ser interpretado por muitas mães, principalmente as que estão inseguras e com baixa autoestima como pouco leite ou leite fraco, fome do bebê, o que pode resultar na introdução precoce e desnecessária de suplementos (BRASIL, 2009b).

O bebê dá sinais quando há insuficiência de leite, tais como não ficar saciado após as mamadas, chorar muito, querer mamar com frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. O número de vezes que a criança urina ao dia (menos que seis a oito) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são indicativos indiretos de pouco volume de leite ingerido. Porém, o melhor indicativo de que a criança não está recebendo volume adequado de leite é a constatação, de que ela não está ganhando peso adequadamente. A má pega é a principal causa de remoção ineficiente do leite. Mamadas infrequentes e/ ou curtas, amamentação com horários preestabelecidos, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos e uso de chupetas e protetores de mamilo também podem levar a um esvaziamento inadequado das mamas (BRASIL, 2009b).

Alguns bebês não conseguem abrir a boca suficientemente porque estão sendo expostos à mamadeira e/ou chupeta, porque as mamas da mãe estão muito tensas, ingurgitadas ou os mamilos são invertidos ou muito planos, isso faz com que os mesmos não consigam manter a pega da aréola adequadamente ou mantenham a pega por tempo insuficiente. Em algumas situações o bebê começa a mamar, porém após alguns segundos larga a mama e chora. Nesses casos ele pode estar mal posicionado, ter adquirido preferência pela mamadeira ou, ainda, o fluxo de leite ser muito forte (BRASIL, 2009b).

Comumente as crianças que adquirem preferência pela mamadeira passam a apresentar dificuldades quando vão mamar no peito. Isso se deve ao fato da criança estranhar a demora na decida do fluxo de leite no peito logo no início da mamada que demora aproximadamente um minuto pra ser desencadeada, enquanto que na mamadeira esse fluxo flui abundantemente. Nesses casos, é comum o bebê começar a mamar no peito, porém, após alguns segundos, largar a mama e chorar (BRASIL, 2009b).

Corroborando com os achados desta pesquisa que teve o recebimento de alimentação suplementar com mamadeiras como um dos principais fatores relacionados

citados pelas mães, um estudo realizado em Mato Grosso com 70 mães, relatou que a grande maioria 78,6% fazia uso de mamadeiras (FUJIMORI, 2012).

O uso de mamadeiras em crianças aumenta a prevalência de hábitos de sucção não nutritivos, pois os bicos reduzem a necessidade de sucção e, conseqüentemente, prejudicam a produção de leite levando ao desmame precoce (SALUSTIANO et al., 2012).

As crianças que são alimentadas com leite materno exclusivo até os seis meses têm um aumento satisfatório de peso. Além do leite materno não ter custo também não oferece risco de contaminação por bactérias, como pode ocorrer na mamadeira e no leite industrializado (SILVA; GAIVA; BITTENCOURT, 2011).

Embora o leite humano seja comprovadamente, o primeiro alimento saudável da criança a amamentação exclusiva é muitas vezes interrompida antes dos 120 dias de vida da criança, e poucas chegam aos 180 dias sendo amamentadas (BARROS et al., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Crianças menores de seis meses que não são amamentadas possuem risco elevado de não terem suas necessidades nutricionais atendidas e ocasionam aumento da mortalidade neonatal em 20% (BRASIL, 2010b; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2012).

No estudo de Figueredo, Mattar e Abrão (2013) observou-se que a probabilidade da criança estar em AME nos meses avaliados diminui à medida que aumentam os dias de vida da criança. Tais resultados podem ser explicados, uma vez que são frequentes outras práticas que interferem no AME, como o uso de água, chás, sucos e leite artificial. A introdução de outros líquidos é mais acentuada a partir dos 30 dias de vida da criança.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS) sobre a prevalência de AM nas capitais brasileiras, observou-se que os percentuais variaram de acordo com diferentes regiões do País e tenderam ao aumento conforme aumentava o tempo de vida da criança (SALDIVA et al., 2011).

De acordo com Venancio, Saldiva e Monteiro (2013) a duração mediana do AM, teve aumento expressivo: na pesquisa realizada na década de 1970, metade das crianças brasileiras havia deixado o AME antes de completar os três meses de idade e nas últimas pesquisas, realizadas nos anos 2000, a duração do AM esteve próxima de um ano, o que significa um aumento de praticamente nove meses.

A amamentação pode ser considerada uma forma de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança com a mãe. A prolactina e a ocitocina são reguladas por dois importantes reflexos maternos: o da produção do leite (prolactina) e o da ejeção do leite (ocitocina). Tais reflexos são ativados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção da criança. O reflexo de ejeção do leite também responde a estímulos condicionados a comunicação, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a

fatores de ordem emocional como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Já a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação (BRASIL, 2011c).

Em uma revisão sistemática incluindo 34 ensaios clínicos randomizados foram encontrados os seguintes efeitos positivos segundo os efeitos do contato pele a pele mãe-bebê precoce sobre o aleitamento materno: maior prevalência do aleitamento materno entre 1 e 4 meses (OR = 1,27; IC95% 1,06-1,53); maior duração do aleitamento materno (diferença de 42 dias). A revisão concluiu também que parece haver diminuição do choro da criança com o contato pele a pele precoce e que aparentemente essa prática não possui nenhum efeito adverso a curto ou longo prazo (MOORE et al., 2012).

Durante as mamadas de acordo com os relatos das mulheres do estudo de Siqueira (2012) ocorre interação significativa entre mãe e filho, as mães verbalizaram interpretar o olhar da criança por meio da troca de olhares entre eles, e a observação materna do comportamento da criança deram elementos simbólicos de comunicação como os gestos do filho interpretados como sinais de aceitação e satisfação de necessidade, bem como expressão de carinho, felicidade e agradecimento da criança pela amamentação.

O contato estabelecido na amamentação fortalece a ligação entre a mãe e a criança, proporcionando conforto, apego e prazer recíproco (CRUZ et al., 2010).

Dessa forma, entendemos que no momento da mamada ocorre uma das mais intensas oportunidades de comunicação entre mãe e filho, e que a construção dessa relação se dá por meio da percepção e interação do comportamento entre eles.

Ao longo deste trabalho, algumas limitações foram enfrentadas: podemos destacar a dificuldade de acesso ao binômio nos primeiros dias após o parto, principalmente das puérperas de parto cesáreo, pois as mesmas permaneciam por mais tempo nas maternidades. Da mesma maneira houve limitações no acesso às mães com mais de quatro meses após o pós-parto, pois algumas já haviam retornado ao trabalho, o que prejudicou o alcance de tamanhos amostrais maiores. Outra dificuldade foi a observação da mamada, pois em alguns casos a criança já havia mamado e se encontrada saciada sem interesse no momento da entrevista, por este motivo tivemos que agendar novamente a entrevista com alguns binômios.

## 7 CONCLUSÃO

No estudo foram avaliados 31 binômios mãe-filho que estavam em período de aleitamento materno exclusivo de 0-6 meses.

Destes a maioria das mães estavam na faixa etária de 18 - 25 anos, a maioria em união estável, quase metade das mulheres tinha ensino médio completo, em relação à ocupação a maioria era do lar ou possuíam outras ocupações, e possuíam baixa renda per capita.

Em relação aos dados obstétricos a maioria possuía somente um filho, houve predominância no tipo de parto cesáreo e a idade gestacional no parto em semanas com maior frequência foi de 32 - 39 semanas.

Em relação aos Diagnósticos de Enfermagem, a maioria da amostra do estudo apresentou o Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada, seguido do Diagnóstico Amamentação Ineficaz com mais da metade da amostra, e Diagnóstico de Enfermagem Amamentação interrompida com um único binômio, mãe-filho.

Ao analisar o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz os binômios não apresentaram CD com frequência superior a 50%, em relação aos FR dois tiveram frequência superior a 50% Ambivalência Materna e Ansiedade Materna e foram utilizados para as associações estatísticas. Destes somente Ansiedade Materna mostrou relação significativa com as variáveis estado civil e idade gestacional (32 – 39 semanas).

No estudo as Características Definidoras do Diagnóstico Amamentação Interrompida com frequência superior a 50% foram utilizados para as associações estatísticas destacando-se Desejo da mãe de fornecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança e Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno. Porém não houve relação significativa, a prematuridade foi o único FR apresentado no DE Amamentação Interrompida e teve frequência inferior a 50%.

No que se refere ao Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada foram identificadas doze CD com frequência superior a 50%. As CD com maior prevalência foram: Avidéz do lactente para ser amamentado, Deglutição regular no peito e Sinais de liberação de ocitocina. Padrões de eliminação do lactente adequados para a idade mostrou associação estatística significativa com a variável idade da mãe e Padrões eficazes da comunicação mãe-filho apresentou relação significativa com idade gestacional (32 - 39 semanas) no parto.

Das variáveis socioeconômicas, as que apresentaram maior prevalência no Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz foram: idade materna de 26 – 38 anos, com companheiro, ensino Fund/Médio, outras ocupações, salário menor que um salário mínimo e sem licença maternidade. Não houve associação estatística significativa das variáveis e o DE Amamentação Ineficaz.

Quanto ao Diagnóstico de Enfermagem Disposição para Amamentação melhorada as variáveis socioeconômicas com maior prevalência foram: idade materna de 26 - 38 anos, com companheiro, ensino Fund/Médio, outras ocupações, salário baixo menor que o mínimo e sem licença maternidade. Não houve associação estatística significativa da das variáveis e o DE Disposição para Amamentação melhorada.

No que se refere aos dados obstétricos e o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz as variáveis mais constantes foram: número de filhos (1), tipo de parto cesáreo e idade gestacional no parto (32 - 39 semanas). Não houve associação estatística significativa das variáveis e o DE Amamentação Ineficaz.

No Diagnóstico Disposição para Amamentação melhorada as variáveis mais presentes foram: número de filhos (2-4), tipo de parto cesáreo e idade gestacional no parto (32 - 39 semanas). Houve associação estatística significativa da variável idade gestacional no parto (32- 39 semanas) e o DE Disposição para Amamentação melhorada.

De acordo com os dados, o Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz não apresentou associação significante com os outros diagnósticos. O que pode ser justificado pelo número pequeno da amostra.

O presente estudo ressaltou a importância do processo de elaboração e julgamento clínico de enfermagem relacionado à amamentação, uma vez que estes são a base pra elaboração apropriada das intervenções e alcance dos resultados positivos na assistência de enfermagem ao binômio, mãe - filho.

Segundo se acredita, é fundamental a execução de mais estudos científicos relacionados aos Diagnósticos de Enfermagem na amamentação, seja nas Unidades Básicas de Saúde ou em Maternidades. Isto porque o conhecimento aprofundado das respostas humanas é essencial para as intervenções de enfermagem de qualidade.

O estudo ora elaborado permitiu conhecer de forma aprofundada os Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação, as Características Definidoras, os Fatores Relacionados apresentados pelos binômios, mãe-filho no período de amamentação exclusiva. Portanto, conforme se espera, este trabalho contribuirá para o planejamento das ações de enfermagem e avaliação dos resultados destas ações.

Com base nos achados deste estudo, sugere-se que enfermeiros que trabalham com amamentação utilizem-se da classificação de DE da NANDA I para fazer um diagnóstico específico, para cada binômio, e a partir deste, proponham as intervenções

necessárias e avaliem os resultados obtidos, a fim de auxiliar na obtenção de uma amamentação eficaz para todas as mulheres e crianças.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA DOS ESTADOS UNIDOS PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL. **Measure DHS**. 2012. Disponível em: <<http://www.statcompiler.com/>>. Acesso em: 19 abr. 2015.
- ALMEIDA, M. A. et al. Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 4, p. 488-492, 2008.
- ARIAS, V.; AZZOLIN, G. M. C. Diagnóstico de Enfermagem: ferramenta importante para conduzir o cuidado. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 10., 2010, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Aben, 2010. p. 287-91.
- AVERY, A. B.; MAGNUS, J. H. Expectant Father's and mother's perspectives of breastfeeding and formula feeding: a focus group study in three US cities. **Journal of Human Lactation**, v. 27, n. 2, p. 147-154, 2011.
- BALDRIGHI, S. E. Z. M. e al. A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofuncionais e ortodônticas. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 6, n. 5, p. 111-121, 2001.
- BARROS, R. P. et al. **Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil**. Brasília, DF: Ipea; 2010. Disponível em: <[ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs](http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs)>. Acesso em: 23 mar. 2015.
- BERNARDI, J. L. D.; JORDÃO, R. E.; BARROS, F. A. A. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 26, n. 5, p. 405-411, 2009.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011a.
- BOCCOLINI, C. S. et al. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 5, p. 369-399-404, 2011b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF, 2009a. (Projetos, Programas e Relatórios, C).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF, 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. Brasília, DF, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança Passaporte da Cidadania. 7. ed. Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal**: 2009–2010. Brasília, DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília, DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Aleitamento materno**: distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação. Brasília, DF, 2012.

BRASILEIRO, A. A. et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1705-1713, 2010.

BRASILEIRO, A. A. et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 642-648, 2012.

CABRAL, P. P. et al. Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 454-462, 2013.

CAETANO, C. C.; NASCIMENTO, G. S.; NASCIMENTO, M. C. A. A família e a prática de amamentação em bebês de baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 431-438, 2011.

CAMINHA, M.F. C. et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 1, n. 10, p. 25-37, 2010a.

CAMINHA, M.F. C. et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 24-248, 2010b.

CARAMEZ, S. F.; GIUGLIANI, J. E. R.; CAPSI, P. S. Duration of breastfeeding and distocclusion in the deciduous dentition. **Breastfeeding Medicine**, v. 7, n. 6, p. 464-468, 2012.

CARDWELL, C. R. et al. Breast-feeding and childhood-onset type 1 diabetes: a pooled analysis of individual participant data from 43 observational studies. **Diabetes Care**, v. 35, n. 11, p. 2215-2225, 2012.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA, J. A. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Estudos Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 433-440, 2005.

- CARVALHO, M. C. C. et al. Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 1, p. 99-107, 2014.
- CATAFESTA, F. et al. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem**, v. 3, n. 3, p. 9-15, 2009.
- COCA, K. P. et al. A posição de amamentar determina o aparecimento de trauma mamilar? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 446-452, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de Saúde Brasileiras. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 14 fev. 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466/2012. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, DF, 2012.
- COSTA, A. R. C.; TEODORO, T. N.; ARAÚJO, M. F. M. Análise dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação: estudo de revisão. **Comunicação em Ciência da Saúde**, v. 20, n. 1, p. 55-63, 2009.
- CRUZ, A. R. M. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010.
- CRUZ, D. S. M. et al. Percepção da figura paterna frente ao aleitamento materno. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 702-707, 2011.
- CHAVES, L. D. **Sistematização da Assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2013.
- DAVIM, R. M. B.; ENDERS, B. C.; SILVA, R. A. R. Sentimentos de mães ao amamentarem seus bebês prematuros em sistema de alojamento conjunto. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 3, p. 713-718, 2010.
- DITZ, E. S. et al. Cuidado materno ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: possibilidades e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v. 17, n. 1, p. 45-55, 2011.
- DOENGENS, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. **Diagnósticos de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- EGATA, G.; BERHANE, Y.; WORKU, A. Predictors of non-exclusive breastfeeding at 6 months among rural mothers in east Ethiopia: a community-based analytical cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v. 8, p. 8, 2013.
- FALEIROS, F. T. V.; TREZZAM E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de aleitamento materno: amamentação contínuo aprendido**. São Paulo, 2010.

FERREIRA, M. I. D. T.; TOLEDO, O. A. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. **Revista ABO Nacional**, v. 5, n. 6, p. 317-320, 1997.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1297-1297, dez. 2013.

FRANÇA, G. V. A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 711-718, 2007.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FROTA, M. A. et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 4, p. 895-901, 2009.

FUJIMORI, M. **Aleitamento materno: saberes e práticas na atenção básica à saúde em dois municípios do sudoeste mato-grossense**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação mundial da infância**. Brasília, DF, 2012.

FURUYA, R. K. et al. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 167-75, 2011.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da tória à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.

GOUVEIA, C.; ÓRFÃO, A. Problemas comuns da amamentação. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 25, n. 3, p. 370-375, 2009.

HANDAYANI, L.; KOSMIN, M. A.; JIAN, Y. K. Breastfeeding education in term of knowledge and attitude through mother support group. **Journal of Education and Learning**, v. 6, n. 1, p. 65-72, 2012.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

INÁCIO, C. C. N. et al. Diagnóstico de enfermagem em unidade de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 894-899, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados Gerais do Município de São Luís-MA**. 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

KUMMER, S. C. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2000.

LEITE, I. C. G. et al. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 53, n. 2, p. 151-155, 1999.

LUCENA, A. F.; ALMEIDA, M. A. A. Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC do processo de enfermagem. In: RABELO, E. R. et al. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Armed, 2011. p. 35-53.

LUNNEY, M. Coleta de dados, julgamento clínico e diagnóstico de enfermagem: como determinar diagnósticos preciosos. In: NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MARIN, M. J. R. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 1, p. 47-52, 2010.

MARQUES, D. M.; PEREIRA, A. L. Amamentar: sempre benefícios, nem sempre prazer. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 214-219, 2010.

MARQUES, E. S. et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1391-1400, 2010. Suplemento 1.

MARTINS, E. J.; GIUGLIANI, E. R. J. Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais? **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012.

MATOS, T. A. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 998-14004, 2010.

MEDEIROS, E. B; RODRIGUES, M. J. A importância da amamentação natural para o desenvolvimento do sistema estomatognático do bebê. **Revista do Conselho Regional de Odontologia**, v. 4, n. 2, p. 79-83, 2001.

MEIRELLES, C. A. B. et al. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2001-2012, 2008.

MELO, S. L. Amamentação Contínuo Aprendizado. São Paulo: All Print, In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de aleitamento materno**. São Paulo, 2010. p. 87-90.

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, CD003519, 2012.

MOREIRA, R. P. **Acidente vascular encefálico-análise dos diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício**. 2008. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

NEVES, A. C. M. **Preditores do aleitamento materno exclusivo: Amazônia Legal e Nordeste, Brasil**. 2010. 77 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ORÍÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010.

PACHECO, S. T. A.; CABRAL, I. E. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 314-322, 2011.

PAULA, A. O.; SARTONI, A. L.; MARTINS, C. A. Aleitamento Materno: orientações, conhecimento e participação do pai no processo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 464-470, 2010.

PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American Countries. **The Journal of Nutrition**, v. 125, n. 12, p. 2972-2984, 1995.

PINHEIRO, P. M. et al. Prevalência do aleitamento materno em mulheres egressas de um hospital amigo da criança em Quixadá- CE. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 94-102, 2010.

PINHO, A. M. S. **Compreendendo a vivência de pais frente à amamentação**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2012.

PIRES, S. C.; GIUGLIANI, E. R. J.; CARAMÉZ, S. F. Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 934, 2012.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 624-630, 2011.

QUELUZ, M. C. **Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrano-SP**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

QUELUZ, M. C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 537-543, 2012.

RAMOS, C. V. et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina - Piauí. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 115-124, 2010.

REGO, J. D. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2009.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014.

RODRIGUES, A. P. et al. Factors those influence in self-effcacy of breastfeeding: an integrative review. **Journal of Nursing UFPE**, v. 7, n. 5, p. 4144-4152, 2013.

ROIG, A. O. et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 373-80, 2010.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2253-2262, 2011.

SALUSTIANO, L. P. Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.

SAMPAIO, P. F. et al. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1349-1361, 2011.

SANCHES, M. T. C. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 953-965, 2011.

SANTIAGO, L. B.; GIUGLIANI, E. R. J. O papel do pediatra no aleitamento materno. In: CAMPOS JUNIOR, D.; BURNS, D. A. R.; LOPEZ, F. A. **Tratado de pediatria**. Barueri: Manole, 2010. p. 339-46.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOULBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 283-291, 2005.

SANTOS, C. S. et al. Alimentação complementar do lactente: subsídios para a consulta de enfermagem em puericultura. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2010.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. **Ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde de São Luís**. 2013. Disponível em: <<http://www.saoluis.ma.gov.br/saude/conteudoaspx?idConteudo=907>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 6, p. 520-524, 2007.

SILVA, L. R. et al. Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 4, n. 3, p. 186-193, 2005.

SILVA, A. F. M.; GAIVA, M. A. M.; BITTENCOURT, R. M. Uso de lactogogos na amamentação por mães assistidas numa unidade de saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 3, p. 574-581, 2011.

SILVA, E. P. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 190-195, 2013.

SIQUEIRA, F. P. C. **O Significado da amamentação na construção da relação mãe w filho**: um estudo interacionista simbólico. 2012. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2012.

SOUSA, V. E. C. **Acurácia de indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem “desobstrução ineficaz de vias aéreas” em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas**. 2010. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

SOUZA FILHO, M. D.; GONÇALVES NETO, P. N. T.; MARTINS, M. C. C. Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 70-75, 2011.

SOUZA, M.F. L. et al. Avaliação da promoção do aleitamento materno em hospitais amigos da criança. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 502-508, 2011.

STRASSBURGER, S. Z. et al. Nutritional errors in the first months of life and their association with asthma and atopy in preschool children. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 5, p. 391-399, 2010.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. **Sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres – avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 183-191, 2008.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 173-191, 2010.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar – um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 205-221, 2011.

VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 1, p. 40-49, 1998.

VENÂNCIO, S. I; MONTEIRO, C. A. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in Sao Paulo, Brazil: a multilevel analysis. **Public Health Nutrition**, v. 9, n. 1, p. 40-46, 2006.

VENANCIO, S. I. et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010a.

VENÂNCIO, S. I. et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 7, n. 83, p. 4-15, 2010b.

VENÂNCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1205-1208, 2013.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 83-89, 2010a.

VIEIRA, G. O. et al. Fatores preditivos de interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 5, p. 441-444, 2010b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/iped/v86n5/v86n5a15.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

VIEIRA, T. O. et al. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 10, n. 1, p. 760, 2010c.

VIEIRA, F. et al. M.M. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 3, p. 462-470, 2011.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In \_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.399-405.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Database on global breastfeeding and nutrition**. Geneva, 2010. Disponível em:< <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados

AVALIADOR \_\_\_\_\_

DATA DO PREENCHIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

LOCAL DO PREENCHIMENTO: ( ) UB ( ) DOMICÍLIO

### I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E OBSTÉTRICOS DA MÃE:

Idade: _____	Ocupação: _____
Estado Civil: ( ) 1. solteira            2. Casada 3. União estável    4. Divorciada/separada	Renda R\$: _____
Escolaridade: ( ) 1. ESC                2. ESI 3. EMC                4. EMI 5. EFC                6. EFI 7. Não Alfabetizadas	Licença Maternidade: ( ) Sim ( ) Não Em caso de Sim. Quanto tempo de licença maternidade? _____ meses. Uso de álcool: ( ) Sim ( ) Não Tabagismo: ( ) Sim ( ) Não
Número de filhos: _____	Tipo de parto atual: 1. Normal ( )            2. Cesário ( )

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO LACTENTE:

Sexo: ( ) 1. Masculino    2. Feminino	Idade: _____ dias Idade gestacional em semanas no parto: _____ Peso ao nascer: _____
--	--

### AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA AMAMENTAÇÃO:

1. Você considera que seu bebê tem oportunidade suficiente de sugar a mama?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
2. Seus mamilos estão doloridos?  
( ) Sim ( ) Não
3. Você está satisfeita com o processo de amamentação?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
4. Você deseja oferecer seu leite para atender as necessidades nutricionais do seu bebê?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
5. Você deseja manter o aleitamento para atender às necessidades nutricionais do seu bebê?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
6. Seu bebê recebe alimentação suplementar (outro alimento que não seja o leite materno)?  
( ) Sim ( ) Não
7. Se, sim, em que você oferece?  
( ) copo ( ) mamadeira? ( ) outro Qual? \_\_\_\_\_
8. Você foi separada de seu bebê?  
( ) Sim ( ) Não
9. Se, sim. Por quê? \_\_\_\_\_
10. Existem contraindicações para amamentação do seu bebê?  
( ) Sim ( ) Não
11. Se, Sim. Quais os motivos?  
Você está doente? ( ) Sim ( ) Não Seu bebê está doente? ( ) Sim ( ) Não  
Por uso de medicamento? ( ) Sim ( ) Não  
Outros motivos. Quais? \_\_\_\_\_
12. Você teve necessidade de desmamar abruptamente?  
( ) Sim ( ) Não
13. Você precisou interromper a amamentação?  
( ) Sim ( ) Não
14. Se, sim, quais os motivos?  
Você retornou ao emprego? ( ) Sim ( ) Não Você está doente? ( ) Sim ( ) Não  
Seu bebê está doente? ( ) Sim ( ) Não
15. Se, Sim que idade seu bebê tinha? \_\_\_\_\_ dias

**AVALIAÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL DA MÃE:**

Você está se sentindo:	
triste ( )	alegre ( )
preocupada ( )	despreocupada ( )
ansiosa ( )	calma ( )
amorosa ( )	com raiva ( )

**AVALIAÇÃO DE ANTECEDENTES:**

Você teve fracasso em amamentação anterior?	( ) Sim ( ) Não
Você já realizou cirurgia de mama?	( ) Sim ( ) Não

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DA MÃE SOBRE O LEITE MATERNO:**

Você considera que o leite materno:	
É um alimento completo?	( ) Sim ( ) Não
Dá proteção contra doenças?	( ) Sim ( ) Não
Tem a temperatura certa?	( ) Sim ( ) Não
É bom para o desenvolvimento da dentição e a fala?	( ) Sim ( ) Não
É bom para desenvolvimento infantil?	( ) Sim ( ) Não
Aumenta os laços afetivos?	( ) Sim ( ) Não
Diminui o sangramento da mãe após o parto?	( ) Sim ( ) Não
Faz o útero voltar mais rápido ao tamanho normal?	( ) Sim ( ) Não
É um método natural de planejamento familiar?	( ) Sim ( ) Não

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DA MÃE SOBRE ORDENHA E ARMAZENAMENTO DO LEITE MATERNO:**

Para você o leite materno deve ser retirado do peito quando?	
As mamas estiverem muito cheias ou empedradas?	( ) Sim ( ) Não
A mãe tem leite em excesso?	( ) Sim ( ) Não
A mãe e o lactente não podem ficar juntos?	( ) Sim ( ) Não
O lactente tem dificuldades de sugar?	( ) Sim ( ) Não
A mãe deseja doar o excedente de seu leite?	( ) Sim ( ) Não
Para você o leite armazenado pode ser:	
Fervido?	( ) Sim ( ) Não
Refrigerado?	( ) Sim ( ) Não
Congelado?	( ) Sim ( ) Não

**AVALIAÇÃO DO APOIO FAMILIAR:**

Sua família oferece apoio?	( ) Sim ( ) Não
Se, Sim. Que tipo de apoio?	
apoio emocional	( ) Sim ( ) Não
apoio presencial	( ) Sim ( ) Não
apoio no cuidado com o lactente ou afazeres domésticos	( ) Sim ( ) Não
apoio informativo	( ) Sim ( ) Não
Seu parceiro oferece apoio?	( ) Sim ( ) Não
Se, Sim. Que tipo de apoio?	
apoio emocional	( ) Sim ( ) Não
apoio presencial	( ) Sim ( ) Não
apoio no cuidado com o lactente ou afazeres domésticos	( ) Sim ( ) Não
apoio informativo	( ) Sim ( ) Não

**AVALIAÇÃO DAS ELIMINAÇÕES:**

Qual a frequência urinária do seu bebê?(mais/menos) \_\_\_\_\_/dia.

Qual a frequência de eliminações intestinais do seu bebê?(mais/menos) \_\_\_\_\_/dia.

**ROTEIRO DE EXAME FÍSICO****EXAME FÍSICO DO LACTENTE****ESTADO NUTRICIONAL DO LACTENTE**

Peso atual: _____ Kg	A curva de crescimento está:
Peso abaixo do P3 ( )	Ascendente ( )
Peso entre o P10 e P92 ( )	Horizontal ( )
Peso acima do P92 ( )	Descendente ( )

**PRESENÇA DE ANOMALIA:**

Fissura labiopalatina ( )

Anquiloglossia ( )

**EXAME FÍSICO DA MÃE****ANOMALIAS OU ALTERAÇÕES DAS MAMAS**

Mamas macias e cheias ( )	Mamas ingurgitadas e duras ( )
Mamilos protráteis, projetando-se para fora ( )	Mamilos planos ou invertidos ( )
Tecido mamário com aparência saudável ( )	Tecido mamário com Fissuras/vermelhidão ( )
Mamas com aparência arredondada ( )	Mamas esticadas ( )

## APÊNDICE B - Formulário de Observação de Mamadas

Os itens entre parênteses referem-se apenas aos recém-nascidos e não aos bebês mais velhos que já podem sentar.

Segundo Helen Armstrong, IBFAN/UNICEF, 1982 (com adaptação)

**Sinais de que a amamentação vai bem: Sinais de possível dificuldade:**

### POSIÇÃO CORPORAL MÃE E LACTENTE

Mãe relaxada e confortável ( ) Corpo do bebê próximo ao da mãe ( ) Corpo e cabeça do bebê alinhados ( ) Queixo do bebê tocando o peito ( ) (Nádegas do bebê apoiadas) ( )	Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê ( ) Corpo do bebê distante do da mãe ( ) O bebê vira somente o pescoço ( ) O queixo do bebê não toca o peito ( ) (Somente os ombros / cabeça apoiados) ( )
---	---

### COMPORTAMENTO DO LACTENTE NA MAMADA

O bebê procura o peito quando sente fome ( ) (O bebê busca o peito) ( ) O bebê explora o peito com a língua ( ) Bebê calmo e alerta ao peito ( ) O bebê mantém a pega da aréola ( ) O bebê demonstra satisfação após mamada ( )	Nenhuma resposta ao peito ( ) (Nenhuma busca observada) ( ) O bebê não está interessado no peito ( ) Bebê irrequieto ou agitado ( ) O bebê não mantém a pega da aréola ( ) O bebê exhibe agitação ou choro após a mamada ( )
--	---

### ESTABELECIMENTO DE COMUNICAÇÃO

A mãe segura o bebê no colo com firmeza ( ) Atenção face-a-face da mãe ( ) Muito toque da mãe ao bebê ( )	A mãe segura o bebê nervosamente ou fracamente ( ) Nenhum contato ocular entre a mãe e o bebê ( ) Mãe e bebê quase não se tocam ( )
---	---

### LIBERAÇÃO DE OCITOCINA NA MÃE

Sinais de ejeção de leite(vazamento) ( ) Sede repentina ( )	Nenhum sinal de ejeção de leite ( ) Sem sede repentina ( )
--	---

### PEGA, SUCÇÃO E DEGLUTIÇÃO

Boca bem aberta ( ) Lábio inferior projeta-se para fora ( ) A língua acoplada em torno do peito ( ) Bochechas de aparência arredondada ( ) Sucção lenta e profunda em períodos de atividade e pausa ( ) É possível ver ou ouvir a deglutição ( )	Boca quase fechada, fazendo um bico ( ) Lábio inferior virado para dentro ( ) Não se vê a língua do bebê ( ) Bochechas tensas ou encovadas ( ) Sucções rápidas com estalidos ( ) Pode-se ouvir estalos dos lábios, mas não a Deglutição ( )
---	--

**TEMPO GASTO COM SUÇÃO (FORNECIMENTO ADEQUADO)**

<input type="checkbox"/> O bebê solta o peito naturalmente ( ) <input type="checkbox"/> O bebê esvazia uma mama a cada mamada ( ) <input type="checkbox"/> O bebê suga durante _____ minutos <input type="checkbox"/> O bebê mama quantas vezes(mais/menos)_____/dia	<input type="checkbox"/> A mãe tira o bebê do peito ( ) <input type="checkbox"/> O bebê não esvazia uma mama a cada mamada ( )
---	---

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Estamos convidando você para participar da pesquisa intitulada “Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar”. A amamentação é um ato que vai além dos aspectos naturais e espontâneos porque envolve sentimentos, interações e ações entre o binômio mãe/filho. Os diagnósticos de enfermagem são importantes ferramentas para direcionar o cuidado de acordo com as necessidades encontradas além de tornar a realização do cuidado mais eficaz. Nesta pesquisa pretendemos identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem encontrados em mães juntamente com seus filhos que estejam no período de aleitamento materno exclusivo, ou seja, de 0-6 meses.

A partir das explicações sobre essa pesquisa gostaríamos de saber se você concorda em participar da mesma. Se você aceitar participar, serão realizadas algumas perguntas relacionadas à sua identificação, seus dados socioeconômicos e história de amamentação. Você pode se negar a responder qualquer pergunta. Em seguida, será realizado exame físico (inspeção das mamas) e observação do momento da amamentação.

Esta pesquisa apresenta como risco, expor fatos de sua vida pessoal durante a realização das perguntas e quebra da privacidade no momento da amamentação. Como benefícios, a contribuição para melhoria do cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho no processo de amamentação, a melhoria no conhecimento sobre o processo de cuidado organizado de enfermagem e em caso de identificação de dificuldades na amamentação você será encaminhada ao Banco de Leite de referência.

Você tem o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados que tenha direito, bastando para isso, comunicar a pesquisadora responsável. Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O seu nome não será revelado em momento algum. Dessa forma, você não será identificada quando o material de registro for utilizado para publicação científica.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em local seguro pela pesquisadora responsável.

Se você tiver dúvidas sobre a pesquisa ou necessitar de mais esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa Dra Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim pelo telefone (98) 8701 8424 ou no seguinte endereço: Departamento de Enfermagem /UFMA. Centro Pedagógico Paulo Freire, Sala 107, Asa Sul. Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga. CEP: 65080-805, São Luís – MA.

Havendo questões éticas ou denúncias relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 2109 1250 ou no seguinte endereço: Rua Barão de Itapary n° 227, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, 4° andar, Centro, CEP: 65020-070, São Luís – MA.

Li ou alguém leu para mim este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa “Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar”, de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha



**Impressão dactiloscópica  
(para os sem escolaridade)**

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Responsável pelo menor

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Estamos convidando seu (sua) filho (filha) para participar da pesquisa intitulada “Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar”. A amamentação é um ato que vai além dos aspectos naturais e espontâneos porque envolve sentimentos, interações e ações entre o binômio mãe/filho. Os diagnósticos de enfermagem são importantes ferramentas para direcionar o cuidado de acordo com as necessidades encontradas além de tornar a realização do cuidado mais eficaz. Nesta pesquisa pretendemos identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem encontrados em mães juntamente com seus filhos que estejam no período de aleitamento materno exclusivo, ou seja, de 0-6 meses.

A partir das explicações sobre essa pesquisa gostaríamos de saber se você concorda que seu (sua) filho (a) participe da mesma. Se você aceitar, serão realizadas algumas perguntas relacionadas à identificação dele (a), dados socioeconômicos e história de amamentação. Em seguida, será realizado exame físico (pesagem, inspeção para verificar presença de alterações ou anomalias) e observação do comportamento no momento da amamentação.

Esta pesquisa apresenta como risco, expor fatos da vida pessoal do seu (sua) filho (a) durante a realização das perguntas e quebra da privacidade no momento da amamentação. Como benefícios, a contribuição para melhoria do cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho no processo de amamentação e a melhoria no conhecimento sobre o processo de cuidado organizado de enfermagem.

Você tem o direito de retirar seu (sua) filho (a) da pesquisa a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados que ele (a) tenha direito, bastando para isso, comunicar a pesquisadora responsável. Para participar deste estudo seu (sua) filho (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O nome dele(a) não será revelado em momento algum. Dessa forma, ele (a) não será identificado (a) quando o material de registro for utilizado para publicação científica.

Caso você concorde que seu (sua) filho (a) participe, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em local seguro pelo pesquisadora responsável.

Se você tiver dúvidas sobre a pesquisa ou necessitar de mais esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa Dra Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim pelo telefone (98) 8701 8424 ou no seguinte endereço: Departamento de Enfermagem /UFMA. Centro Pedagógico Paulo Freire, Sala 107, Asa Sul. Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga. CEP: 65080-805, São Luís – MA.

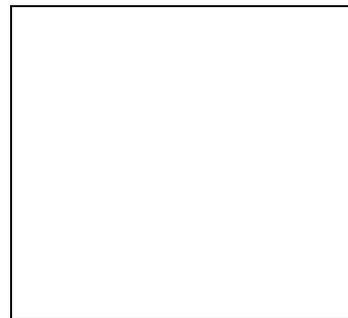
Havendo questões éticas ou denúncias relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 2109 1250 ou no seguinte endereço: Rua Barão de Itapary n° 227, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, 4° andar, Centro, CEP: 65020-070, São Luís – MA.

Li ou alguém leu para mim este Termo de Consentimento e fui informado (a) sobre a pesquisa “Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar”, de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participação do meu (minha) filho (a) se assim o desejar. Concordo na participação da pesquisa.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha



**Impressão dactiloscópica  
(para os sem escolaridade)**

## APÊNDICE E – Termo de Assentimento: Menores de 12 a 18 anos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Estamos convidando você para participar da pesquisa intitulada “Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar”. A amamentação é um ato que vai além dos aspectos naturais e espontâneos porque envolve sentimentos, interações e ações entre o binômio mãe/filho. Os diagnósticos de enfermagem são importantes ferramentas para direcionar o cuidado de acordo com as necessidades encontradas além de tornar a realização do cuidado mais eficaz. Nesta pesquisa pretendemos identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem encontrados em mães juntamente com seus filhos que estejam no período de aleitamento materno exclusivo, ou seja, de 0-6 meses.

A partir das explicações sobre essa pesquisa gostaríamos de saber se você concorda em participar da mesma. Se você aceitar participar, serão realizadas algumas perguntas relacionadas à sua identificação, seus dados socioeconômicos e história de amamentação. Você pode se negar a responder qualquer pergunta. Em seguida, será realizado exame físico (inspeção das mamas) e observação do momento da amamentação.

Esta pesquisa apresenta como risco, expor fatos de sua vida pessoal durante a realização das perguntas e quebra da privacidade no momento da amamentação. Como benefícios, a contribuição para melhoria do cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho no processo de amamentação, a melhoria no conhecimento sobre o processo de cuidado organizado de enfermagem e em caso de identificação de dificuldades na amamentação você será encaminhada ao Banco de Leite de referência.

Seu responsável autorizou a sua participação assinando um termo de consentimento e poderá retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados que você tenha direito, bastando para isso, comunicar a pesquisadora responsável. A sua participação neste estudo não terá nenhum custo, nem qualquer vantagem financeira. O seu nome não será revelado em momento algum. Dessa forma, você não será identificada quando o material de registro for utilizado para publicação científica.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em local seguro pela pesquisadora responsável.

Se você tiver dúvidas sobre a pesquisa ou necessitar de mais esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa Dra Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim pelo telefone (98) 8701 8424 ou no seguinte endereço: Departamento de Enfermagem /UFMA. Centro Pedagógico Paulo Freire, Sala 107, Asa Sul. Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga. CEP: 65080-805, São Luís – MA.

Havendo questões éticas ou denúncias relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 2109 1250 ou no seguinte endereço: Rua Barão de Itapary n° 227, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, 4° andar, Centro, CEP: 65020-070, São Luís – MA.

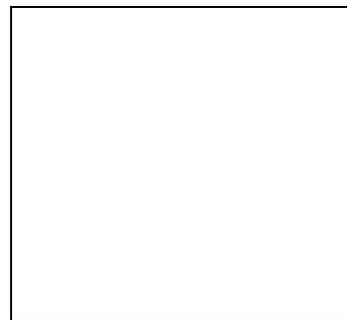
Li ou alguém leu para mim este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa “Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar”, de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e o meu responsável poderá modificar a decisão da minha participação se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

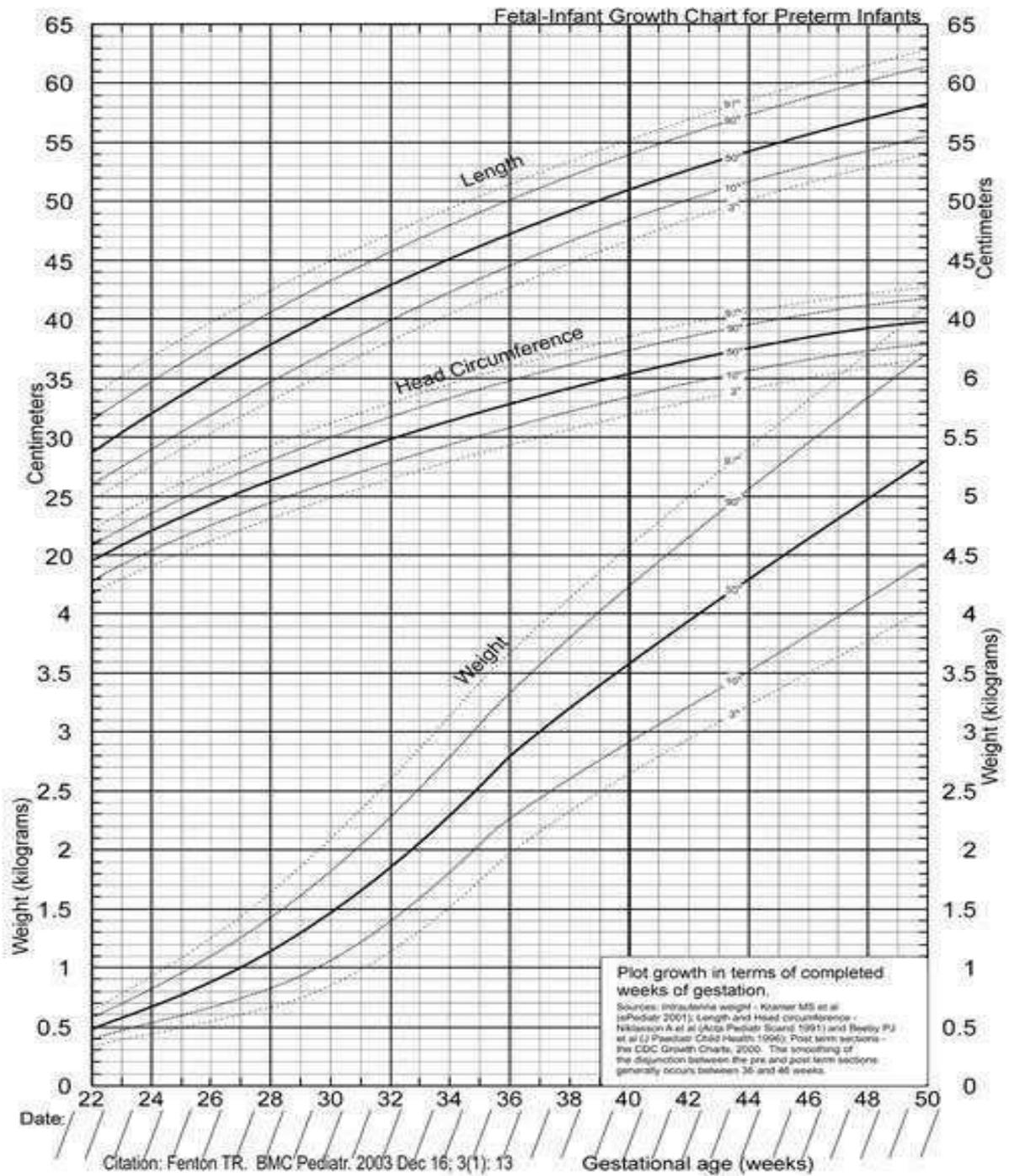
\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha



**Impressão dactiloscópica  
(para os sem escolaridade)**

## ANEXOS

## ANEXO A – Gráfico 1: Curva de Crescimento de Babson para Crianças Prematuras



Fonte: Fenton (2003)

## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Amamentação: ferramentas para o processo de cuidar.

**Pesquisador:** Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 32833814.7.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 808.354

**Data da Relatoria:** 28/08/2014

#### Apresentação do Projeto:

A amamentação é um momento que vai além dos aspectos biológicos naturais e espontâneos, porque envolve sentimentos, interações e ações entre o binômio mãe/filho e por isso exige superação das dificuldades encontradas para que seja mantida de forma eficaz. Os Benefícios da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida são inúmeros, como a prevenção de doenças, que podem se desenvolver durante os primeiros meses da criança, assim como doenças crônicas não transmissíveis da vida adulta. Trata-se de um estudo analítico de natureza transversal que será realizado em uma unidade do distrito Tirirical do município de São Luís-MA, Objetivando analisar os diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em mães e seus filhos que estejam no período de amamentação exclusiva 0-6 meses acompanhadas numa Unidade Básica de Saúde da Família de São Luís-MA. A coleta de dados será realizada de setembro de 2014 a janeiro de 2015. A análise estatística será feita no programa Epilinfo versão 7. Para análise de associação dos dados serão utilizados testes estatísticos como Qui-Quadrado de Pearson. Na análise de diferença de médias serão utilizados os Testes de Kolmogorov-Smirnov, para a verificação de normalidade dos dados, e o Teste de Levene para a verificação homocedasticidade entre os grupos. Com base nos resultados destes testes aplicar-se-á o Teste t de Student ou de Mann-Whitney para a verificação de diferença de média/mediana entre dois

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 808.354

grupos, e os testes F de Snedecor ou Friedman, se três ou mais grupos. Serão considerados os seguintes pontos de corte para análise das associações: diagnóstico de enfermagem com frequência acima de 50%; as características definidoras, os fatores relacionados acima do percentil 75. Ilustrativamente, os dados serão apresentados em forma de tabelas. Recurso próprio

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:**

Analisar os diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em mães e seus filhos que estejam no período de amamentação exclusiva 0-6 meses acompanhadas numa Unidade Básica de Saúde da Família de São Luís-MA.

**Objetivo Específico:**

Identificar os dados socioeconômicos das participantes; identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação;

Levantar as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem e seus respectivos fatores relacionados;

Analisar a associação entre os diagnósticos de enfermagem, as características Definidoras, os fatores relacionados com os dados socioeconômicos;

Verificar a associação entre os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras, os fatores relacionados com os dados obstétricos das participantes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores a pesquisa apresenta como risco, expor fatos de sua vida pessoal durante a realização das perguntas e quebra da privacidade no momento da amamentação.

Como benefícios, a contribuição para melhoria do cuidado de enfermagem ao binômio mãe-filho no processo de amamentação, a melhoria no conhecimento sobre o processo de cuidado organizado de enfermagem e em caso de identificação de dificuldades na amamentação a mãe será encaminhada ao Banco de Leite de referência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com proposta relevante tendo em vista a importância em analisar os diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em mães e seus filhos que estejam no período de amamentação exclusiva 0-6 meses acompanhadas numa Unidade Básica de Saúde da Família de São Luís-MA.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº 466/12 em relação aos "Termos

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>Fax:</b> (98)2109-1223
	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 808,354

de apresentação obrigatório": folha de rosto, projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Parecer elaborado de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Apreciado e APROVADO em Assembleia do CEP.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer elaborado de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Apreciado e APROVADO em Assembleia do CEP.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEPHUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 26 de Setembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br