

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

SANDRA CRISTINA DE ALVARENGA

**AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
AMAMENTAÇÃO INEFICAZ**

VITÓRIA
2015

SANDRA CRISTINA DE ALVARENGA

**AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
AMAMENTAÇÃO INEFICAZ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde.

Avaliado em 10 de Abril de 2015.

VITÓRIA
2015

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Denise Silveira Castro
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dda. Cândida Caniçali Primo
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão
Universidade Federal do Rio de Janeiro-
Escola de Enfermagem Anna Nery
Membro externo

Prof^a. Dr^a. Telma Ribeiro Garcia
Universidade Federal da Paraíba
Suplente externo

Prof^a. Dr^a. Eliana Zandonade
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro interno

Prof^a. Dda. Franciele Marabotti Costa
Leite
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente interno

*Posso, tudo posso. N'aquele que me fortalece.
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir.
Quero, tudo quero, sem medo de entregar meus projetos,
Deixar me guiar nos caminhos que Deus, desejou para mim.
E ali estar.*

(Celina Borges)

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, pelo dom da criação, da vida e da sabedoria. E pelo seu amor sublime e sua presença marcante ao longo desta caminhada.*

*Em especial a **minha família**:*

*Aos meus pais **Cleacir e Luzia**, que sempre acreditaram e me apoiaram nesta caminhada, com quem aprendi a lutar e ter forças mesmo quando os obstáculos pareciam intransponíveis.*

*Ao meu esposo **Marcelo** pelo amor, carinho, compreensão. Força, incentivo e pelo apoio incondicional e alegria... Tudo tem mais vida e sentido com sua presença ao meu lado!*

*Ao meu filho, **Gabriel**, simplesmente por existir e enriquecer a minha vida com a sua alegria. E por ter suportado momentos de privações e ausências, e também pelas palavras de carinho e incentivo nos momentos mais difíceis.*

*Aos meus irmãos **Mônica, Fernanda e Fabrício** pelo carinho e apoio e por terem sempre ficado na torcida.*

*À Professora Dr^a. **Denise Silveira de Castro**, pelos valiosos ensinamentos, pela orientação, oportunidade, apoio, paciência e por acreditar em mim. E também pelas palavras de carinho e incentivo, quando eu mais precisava.*

*A Professora **Dda Cândida Caniçali Primo**, pela coorientação e que não foi apenas uma coorientadora, mas uma grande amiga. Muitas linhas seriam necessárias para expressar o quanto sou grata à sua paciência, dedicação, segurança, competência, estímulo e carinho.*

Às **Acadêmicas Manuela e Diana**, “minhas pupilas”, hoje enfermeiras, pela cumplicidade, disponibilidade e partilha no desenvolver deste estudo, sem vocês teria sido mais difícil ainda. Á vocês meu muito obrigada!

A **coordenação do Mestrado** profissional em enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, representada pela Professora. **Dra. Maria Helena Amorim**, bem como todos os docentes pela competência profissional e dedicação.

A professora **Dra. Leila Massaroni** pelas palavras de carinho e incentivo desde quando sonhava em fazer o mestrado. Obrigada pelo carinho e pela torcida.

Aos Professores, **Dr. Marcos Gomes Brandão, Dr^a. Eliana Zandonade, Dda Francieli Marabotti Costa Leite** membros da banca, pela disposição em contribuir para melhoria desse trabalho.

À **equipe da UTIN**, pelo acolhimento, pela compreensão dos meus momentos de ausência; pelo aprendizado e apoio, criando laços que ampliaram meu olhar sobre o Cuidado em Enfermagem.

Aos meus queridos **pacientes** (binômio mãe-bebê) pelos momentos compartilhados. A razão maior deste trabalho é ajudá-los. Obrigada.

À **turma de Mestrado 2012**, pelo aprendizado, momentos de alegrias e desafios, pelos desabafos e conquistas compartilhadas.

Ao **HUCAM**, onde tenho a oportunidade de desenvolver minha vida profissional, recebendo suporte e apoio para realizar o curso de Mestrado.

RESUMO

ALVARENGA, S. C. Avaliação do diagnóstico de Enfermagem: amamentação ineficaz. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. 124p. 2015.

Este estudo tem por objetivo descrever as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz”; examinar a associação entre perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das puérperas com o diagnóstico em estudo. Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal. O estudo foi desenvolvido na Maternidade do Hospital Universitário. Foram avaliados 73 binômios mãe-filho internados em sistema de alojamento conjunto, no período de julho a agosto de 2014. Para a coleta de dados, foi desenvolvido um instrumento baseado nas características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de amamentação eficaz, além de dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos dos pacientes. Os dados foram analisados pelo pacote estatístico SPSS versão 19.0 for *Windows*[®].

Resultados: O diagnóstico de amamentação ineficaz esteve presente em 58,9% dos binômios. As puérperas possuíam média de idade de 27 anos, não possuíam companheiro (63%), tinham mais de oito anos de estudo (71,2%), trabalhavam (52,1%), fizeram pré-natal (97,3%) e eram múltíparas (64,4%). Em relação aos recém-nascidos, 58,9% eram do sexo feminino, a termo (90,4%), não mamaram na primeira hora de vida (87,7%). A escolaridade materna foi a única variável sociodemográfica que teve associação significativa com o diagnóstico de amamentação eficaz. As características definidoras com associação significativa ao diagnóstico de amamentação eficaz foram: descontinuidade de sucção da mama, esvaziamento insuficiente da mama, suprimento de leite inadequado percebido, resistência do lactente em apreender a região aréolo-mamilar com a boca, ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina e lactente chora ao ser posto na mama. Os fatores relacionados foram: reflexo de sucção do lactente insatisfatório e ansiedade materna. **Conclusão:** O estudo torna-se relevante para a melhoria dos componentes do diagnóstico de amamentação eficaz, assim como ajudar os enfermeiros na prática clínica, visto que contribuirá para o planejamento das ações de enfermagem no alojamento conjunto ao binômio mãe-filho, e ainda busca reduzir parcialmente a lacuna existente na literatura sobre diagnósticos de enfermagem presentes na amamentação.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem, Aleitamento materno, Desmame, Classificação, Terminologia.

ABSTRACT

ALVARENGA, S. C. Nursing Diagnosis Evaluation: ineffective breastfeeding. Masters Dissertation. Universidade Federal do Espírito Santo. 124p. 2015.

This study has the aim of describing the characteristics that define the Nursing diagnosis “ineffective breastfeeding” and the factors related to it; to examine the association between the socio-demographic, clinical and obstetric profile of the recently given birth mothers with the diagnosis in study. This is a descriptive study of the transversal type. The study was developed at the Maternity of a University Hospital. Seventy-three mother-baby binomials were hospitalized in the joint accommodation system, in the period from July to August, 2014. For data collection, an instrument was developed based on the defining characteristics of the “ineffective breastfeeding” diagnosis, and the factors related to it, and also patient's socio-demographic, clinical and obstetric data. The data was analyzed by the statistics package SPSS version 19.0 for *Windows*[®]. **Results:** The inefficient breastfeeding diagnosis was present in 58.9% of the binomials. The recently given birth mothers were 27 years old in mean, didn't have a partner (63%), had more than eight years of schooling (71,2%), were employed (52,1%), did pre-natal visits (97,3%), and were multiparous (64,4%). As for the newborns, 58,9% were female, to term (90,4%), didn't breastfeed in the first hour after birth (87,7%). The mother's schooling was the only socio-demographic variable that had a meaningful association to the “ineffective breastfeeding” diagnosis. The defining characteristics with meaningful association to the “ineffective breastfeeding” diagnosis were: breast suction discontinuity; insufficient breast emptying; perceived inadequate milk supply; breast feeder resistance in apprehending the areola-nipple region with the mouth; absence of observable signs of ocitocin liberation; and breast feeder cries when put on breast. The related factors were: unsatisfactory suction reflex of the breast feeder, and mother anxiety. **Conclusion:** The study is relevant for the improvement of the components of the “ineffective breastfeeding” diagnosis, as helping Nurses in the clinical practice, hence it will contribute to the planning of Nursing actions at the joint accommodation, and for the mother-son binomial, and also in partially reducing the gap that presently exists in the literature about Nursing diagnosis on breastfeeding.

Descriptors: Nursing Diagnosis; Breast feeding; Weaning; Classification; Terminology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Medida do índice de Sacchini	37
Figura 2: Mamilo protruso	38
Figura 3: Mamilo semiprotruso	38
Figura 4: Mamilo invertido	38
Figura 5: Mamilo pseudoinvertido	39
Figura 6: Mamilo hipertrófico	39
Quadro 1: Descrição dos atributos para avaliação das características definidoras e os fatores relacionados	42
Artigo 1:	
Figura 1: Fluxograma da seleção amostral dos estudos incluídos na revisão sistemática	50

LISTA DE TABELAS

Artigo 1:

Tabela 1: Síntese das Categorias temáticas após análise dos artigos da Revisão Sistemática	51
---	----

Artigo 2:

Tabela 1: Distribuição das puérperas segundo o perfil sociodemográfico e clínico	65
---	----

Tabela 2: Distribuição dos recém-nascidos de acordo com o perfil sociodemográfico e clínico	67
--	----

Artigo 3:

Tabela 1. Distribuição da frequência das características definidoras relacionadas ao diagnóstico de enfermagem: “amamentação ineficaz”	78
---	----

Tabela 2. Distribuição da frequência dos fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem: “amamentação ineficaz”	80
---	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A: Instrumento de coleta de dados da avaliação do diagnóstico: amamentação ineficaz	108
Apêndice B: Termo de consentimento Livre e esclarecido	112
Apêndice C: Tabela - Distribuição da associação das variáveis sociodemográficas e clínicas das puérperas com o diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz”	114
Apêndice D: Tabela - Distribuição da associação das variáveis sociodemográficas e clínicas do recém-nascido com diagnóstico de enfermagem: “amamentação ineficaz”	117

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFES	119
Anexo 2: Aprovação no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes	122
Anexo 3: Termo de compromisso, sigilo e confidencialidade	123

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AAP	Academia Americana de Pediatria
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CAT	Catalase
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnóstico de enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ES	Espírito Santo
g	Gramas
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IG	Idade Gestacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MDA	Malondialdeído
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
NANDA-I	North American Nurses Diagnosis Association - Internacional
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de enfermagem

RN	Recém-Nascido
SPSS	Social Package Statistical Science
SOD	Superóxido dismutase
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Criança
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
USP	Universidade São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 APROXIMAÇÃO À TEMÁTICA DO ESTUDO	16
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	17
1.3 OBJETIVO GERAL	19
1.3.1Objetivos específicos	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 CONTEXTUALIZANDO A AMAMENTAÇÃO	20
2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	28
3 MÉTODO	33
3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA	33
3.2 ESTUDO TRANSVERSAL	34
3.2.1Cenário	35
3.2.1Sujeitos	35
3.2.3 Instrumento para coleta de dados	35
3.2.4 Variáveis do estudo	36
3.2.5 Procedimento de coleta de dados	43
3.2.6 Análise dos dados	45
3.2.7 Procedimento ético	45
4 RESULTADOS	46
4.1 ARTIGO 1:FATORES QUE INFLUENCIAM NO DESMAME PRECOCE	47
4.2 ARTIGO 2: RESULTADO: ESTUDO TRANSVERSAL, PARTE 1 DESAFIOS DA AMAMENTAÇÃO PARA O BINÔMIO MÃE-BEBÊ	63
4.3 RESULTADO: ESTUDO TRANSVERSAL, PARTE 2 AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO INEFICAZ	76
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES	107
APÊNCICE A	108
APÊNDICE B	112
APÊNCICE C	114
APÊNDICE D	117
ANEXOS	118
ANEXO 1	119
ANEXO 2	122
ANEXO 3	123

1. INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO À TEMÁTICA DO ESTUDO

Durante os vinte anos de experiência em terapia intensiva neonatal no Hospital Universitário, procurei desenvolver habilidades e dominar toda a tecnologia utilizada no mundo intensivista; bem como aprofundar os conhecimentos teóricos e científicos que pudessem fundamentar a prática da enfermagem.

Inicialmente, o foco era centrado no cuidado ao recém-nascido (RN) internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), entretanto, percebi o quão é importante e fundamental também ampliar a atenção para as mães de RNs a termo internados na maternidade, principalmente no que diz respeito à amamentação, com ações para promover, apoiar e proteger com eficiência as questões relacionadas ao aleitamento materno, pois diversas vezes admitem-se na UTIN crianças provenientes do alojamento conjunto com intercorrências relacionadas à amamentação, como por exemplo, hipoglicemia por pega incorreta do bebê, sucção débil, disfunções orais durante a mamada, entre outras.

Apesar das mães receberem orientações sobre aleitamento materno durante a permanência no puerpério imediato, muitas não conseguem manter a lactação e amamentar e outras possuem maior grau de dificuldade em colocar o bebê para sugar. Portanto, não basta apenas que a mulher seja orientada quanto às vantagens da amamentação, deve-se receber apoio na manutenção da sua lactação e manejo para a amamentação. Diante disso, é extremamente relevante o acompanhamento do profissional de saúde, em especial o enfermeiro, na promoção e manutenção da amamentação.

Nesse sentido, minhas vivências e experiências suscitam questionamentos e preocupações, pois a nutriz necessita de atenção, educação e acompanhamento para que possa obter, na alta hospitalar do RN, uma lactação efetiva, possibilitando o aleitamento materno exclusivo para seu bebê até o sexto mês de vida.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

"A amamentação é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para a redução da morbimortalidade infantil" (BRASIL, 2009, p. 9).

No entanto, sabe-se que o desmame precoce é um fator predisponente para doenças evitáveis, como desnutrição, diarreia, obesidade infantil, entre os outros problemas de saúde pública no Brasil, além de contribuir para o aumento da mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Considerando que os estudos mostram que um dos principais motivos para o desmame precoce é a amamentação ineficaz, neste estudo revisaremos as questões que levam ao desmame precoce para uma avaliação dos fatores que podem estar interferindo na amamentação ineficaz. De forma a verificar as variáveis que influenciam o desmame precoce e que também podem ter relação com a amamentação ineficaz, pois ao se investigar a amamentação ineficaz encontram-se lacunas (ROSA; SILVA; ATALAH, 2012; ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

A enfermagem tem, no seu processo de cuidar, uma possibilidade de desenvolvimento da melhoria na qualidade de sua prática assistencial, e o estabelecimento de intervenções de forma mais direcionada e individualizada às mães, aos RNs e à sua família (HERDMAN, 2011).

O processo de enfermagem é um método científico que auxilia os enfermeiros a operacionalizarem a assistência garantindo um atendimento individualizado ao seu cliente. Distinguem-se na organização do processo de enfermagem cinco fases identificáveis: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Os diagnósticos representam a segunda etapa desse processo e por meio dele serão levantados os problemas e as necessidades de cada indivíduo, fornecendo uma base segura para o planejamento do cuidado (NOBREGA; SILVA, 2009).

O diagnóstico pode ser considerado uma “tentativa de uniformizar e padronizar a terminologia utilizada pelos enfermeiros para referir os problemas do cliente pelos quais têm responsabilidade profissional” (PEREZ *et al.*, 1990, p.14).

A Enfermagem conta com diversos sistemas de classificação, que, desde a década de 1970, vêm se aprimorando, entre os quais os mais conhecidos e aplicados são: a Taxonomia North American Nurses Diagnosis Association - Internacional (NANDA-I), a Nursing Interventions Classification –(Classificação de Intervenções de Enfermagem, NIC), a Nursing Outcomes Classification (Classificação de Resultados de Enfermagem, NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (FURUYA *et al.*, 2011).

De acordo com a NANDA-I, o diagnóstico de enfermagem é “um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária” (NANDA-I, 2012 - 2014).

Considerando os benefícios da amamentação e sua importância como estratégia para a diminuição da morbimortalidade infantil, torna-se relevante identificar a prevalência e a associação das características definidoras com os fatores relacionados ao diagnóstico “Amamentação ineficaz” da NANDA-I.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, no primeiro momento optamos por realizar uma revisão sistemática na qual os descritores utilizados foram: aleitamento materno, desmame precoce e fatores de risco, considerando que a amamentação ineficaz é um fator para o desmame precoce. Além disso, procuramos avaliar o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das mulheres na perspectiva de ampliar a relação com as características definidoras e os fatores relacionados. Tendo isso em vista, podemos colocar questões como: O trabalho materno contribui? A idade? O estado civil? A paridade?

Nesse sentido, visando o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem com qualidade que forneça resultados assertivos tanto para os pacientes quanto para a equipe cuidadora, o **objeto deste estudo** é identificar a prevalência e a associação entre o perfil sociodemográfico e clínico, com as características definidoras e os

fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem: amamentação ineficaz da NANDA-I e binômios mãe-filho na maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

Este estudo se faz necessário por fornecer e viabilizar a melhoria da assistência de enfermagem, contribuir para a identificação dos fatores que influenciam a amamentação ineficaz e que podem levar ao desmame precoce nessa clientela, além de fornecer subsídios para o planejamento e a avaliação de ações em prol da amamentação.

1.3 OBJETIVO GERAL

Avaliar as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "Amamentação ineficaz".

1.3.1 Objetivos específicos

- Descrever as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem "Amamentação ineficaz";
- Descrever o perfil sociodemográfico, clínico, e obstétrico das puérperas e dos recém-nascidos;
- Examinar a associação entre perfil das puérperas e recém-nascidos, entre as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "Amamentação ineficaz".

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONTEXTUALIZANDO A AMAMENTAÇÃO

Inicialmente a produção de leite materno é controlada por níveis hormonais. As condições hormonais apropriadas ajudam a manter a lactação, como também o adequado esvaziamento de leite do peito (BRASIL, 2011).

As mamas são constituídas essencialmente, antes da gravidez, em sua maior parte, por tecido conjuntivo e gorduroso. Durante a gestação, sob a ação de enorme quantidade de estrogênio e progesterona produzidos pela placenta e ainda pelo efeito de grande eliminação de prolactina, secretada pela glândula hipófise anterior, a glândula mamária amplia muito seu volume, tornando a ser a parte fundamental da mama (GUYTON; HALL, 2011).

Para os referidos autores, a parte glandular da mama é denominada glândula mamária e sua estrutura glandular se divide em várias partes compostas pelos lóbulos, alvéolos, ducto galactóforo e seios galactóforos.

Na fase adulta, as mulheres têm, em cada mama, entre 15 e 25 lobos mamários, que consistem nas glândulas túbulos-alveolares, e cada uma dessas possui cerca de 20 a 40 lóbulos. Estes, no entanto, são constituídos por 10 a 100 alvéolos, que estão envolvidos pelas células mioepiteliais e, no meio do lobo mamário, estão tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido linfático e tecido nervoso (LEVENO *et al.*, 2011).

Durante a gestação, a mama é preparada para a amamentação (lactogênese fase I). Apesar do estrogênio e da progesterona serem fundamentais para o crescimento físico das mamas, esses hormônios, no entanto, têm um efeito particular de impedir a produção verdadeira do leite. Em contrapartida, o hormônio prolactina tem função contrária, ou seja, o de estimular a produção de leite. Ele é secretado pela hipófise anterior materna; e seus níveis sanguíneos se elevam de forma constante e crescente, desde a quinta semana de gestação até o nascimento de bebê, atingindo

cerca de até 10 vezes a sua concentração no período anterior à gravidez. A placenta, por sua vez, produz enormes quantidades de somatomotropina coriônica humana, que também tem características lactogênicas (GUYTON; HALL, 2011).

Entretanto, após o nascimento do bebê e com a retirada da placenta e a ausência dos seus hormônios, os níveis hormonais se modificaram enormemente. Estrogênios e progesterona diminuem a níveis sanguíneos circulantes bem baixos. A ausência de lactação durante a gravidez é causada especialmente pelas elevadas concentrações de progesterona e pela falta de estimulação, que são supressores da produção de leite antes do parto. A partir desse momento, o efeito lactogênico da prolactina materna e da somatomotropina coriônica humana assumem seu papel natural, iniciando a lactogênese fase II (CARVALHO; TAVARES, 2010).

Além disso, há a liberação de ocitocina durante a sucção, hormônio que é produzido pela hipófise posterior, que tem a capacidade de contrair as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos e faz o leite descer pelos ductos até os seios lactíferos, onde fica armazenado e disponível para ser retirado pelo bebê. Esse processo é chamado reflexo de ejeção ou de descida do leite, que habitua ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto ainda que a criança não sugue ao seio. Inicia-se então a fase III da lactogênese, que pode também ser denominada de galactopoiese. Para que essa fase se mantenha por toda a lactação, é necessário que haja principalmente a sucção do bebê e o esvaziamento da mama (BRASIL, 2009).

Ainda nessa fase, segundo Brasil (2009), a maioria do leite de uma mamada é produzida durante a sucção da criança, sob estímulo da prolactina. Já a ocitocina é liberada principalmente por esse estímulo e ainda é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro do bebê, e também a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Além disso, o estresse, a dor, o desconforto, o medo, a ansiedade, a falta de autoconfiança e a insegurança podem impedir a produção de ocitocina, prejudicando a eliminação do leite materno.

Segundo a OMS e a UNICEF (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Criança), por volta de seis milhões de crianças estão sendo salvas

anualmente por causa do aumento nos índices de aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que a amamentação proporciona íntima relação entre a mãe o bebê e tem implicações na capacidade do RN de se proteger de infecções, devido a suas qualidades fisiológicas, promove o desenvolvimento cognitivo e emocional e também a saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2011).

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais (FROTA *et al.*, 2007).

Os estudos científicos revelam que a amamentação é a melhor maneira de alimentar a criança pequena e as autoridades de saúde recomendam sua prática através de políticas e ações que diminuam o desmame precoce (REA, 2004).

Portanto, é extremamente relevante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela OMS e reconhecidas mundialmente, sendo o aleitamento materno habitualmente classificado em:

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas de xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

ALEITAMENTO MATERNO PREDOMINANTE: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

ALEITAMENTO MATERNO: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

ALEITAMENTO MATERNO COMPLEMENTADO: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber além do leite materno outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

ALEITAMENTO MATERNO MISTO OU PARCIAL: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2007a).

Segundo Bosi e Machado (2005), o leite materno é, sem sombra de dúvidas, o alimento mais apropriado para lactentes nos primeiros seis meses de vida, tanto na dimensão nutritiva e imunológica quanto do ponto de vista psicológico, pois o ato de amamentar estabelece um vínculo afetivo entre mãe e filho.

Dentre os inúmeros benefícios do aleitamento materno, podemos destacar que ele protege contra a diarreia e infecções respiratórias, evita a mortalidade infantil, diminui o risco de alergias, hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, promove melhor desenvolvimento da cavidade bucal, tem efeito positivo na inteligência, além de ser o alimento capaz de suprir sozinho todas as necessidades nutricionais do RN, protege a mãe contra o câncer de mama, evita nova gravidez, promove o vínculo materno entre mãe e filho, além de significar menores custos financeiros para a família com outros tipos de leite, mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além das crianças adoecerem menos (BRASIL, 2011).

Apesar dos avanços nos índices de amamentação exclusiva no mundo e das diversas vantagens proporcionadas pelo aleitamento, ainda vários fatores contribuem para o insucesso ou interrupção da amamentação, levando ao desmame precoce. Dentre os problemas mais comuns, observa-se o ingurgitamento mamário, dor/trauma mamilar, infecção mamilar por *Staphylococcus aureus*, candidíase, fenômeno de Raynaud, bloqueio de ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário e galactocele, além da hipogalactia ou produção insuficiente de leite (GIUGLIANI, 2004).

Outro fator importante relacionado é a apresentação de movimentos orais atípicos (disfunções orais) em RNs durante a mamada, os quais podem ocasionar problemas decorrentes de alterações temporárias do próprio funcionamento oral, ou mesmo algumas características particulares anatômicas que atrapalham o encaixe adequado entre a boca do bebê e o peito, ou também fatores iatrogênicos (SERRA; SCOCHI, 2004).

Embora as disfunções orais sejam passíveis de serem revertidas precocemente, é importante que seja feita uma avaliação da mamada. Dentre elas podemos destacar reflexo de procura e sucção débil, lábios invertidos, padrão mordedor, tensão oral excessiva, língua posteriorizada e língua hipertônica, em posição alta na cavidade oral (SANCHES, 2004).

Alguns autores ressaltam a importância dessas alterações concernentes ao sistema sensorio motor oral, pois mesmo com prevalência baixa na análise da população total esses, quando presentes, interferem negativamente na amamentação, fazendo

com que, em alguns casos, a criança venha a recusar o peito ou não se satisfaça com o leite materno por não conseguir sugar adequadamente (NEIVA, 2000; SANCHES, 2004).

Estudo realizado por Valério, Araújo e Coutinho (2002) constatou que 57,3% dos binômios mães/recém-nascidos apresentavam alteração da mamada, e a frequência da disfunção oral foi de aproximadamente 30%.

Algumas pesquisas avaliam que mães adolescentes frequentemente alcançam um índice menor de aleitamento, exibindo risco 2,2 vezes maior de desmame precocemente seus filhos, possivelmente porque aliam muitas vezes insegurança e ausência de confiança em si mesmas, além de imaturidade e dificuldades com autoimagem, que atrapalham ainda mais o estabelecimento da lactação (SIMARD *et al.*, 2005; MEIRELLES *et al.*, 2008; ARAÚJO; SILVA; COUTINHO, 2009).

Faleiros, Trezza e Carandina (2006) e Silveira, Albernaz e Zuccheto (2008) são consoantes ao relatarem que primíparas apresentam chance maior de ter mamada insatisfatória, pois a carência de experiência é considerada fator de risco para o desmame precoce, pois mães que tiveram experiência prévia positiva possivelmente terão mais facilidade em estabelecer a lactação com os demais filhos.

Em outro aspecto, estudo que avalia os efeitos da nicotina materna na criança em amamentação verificou mudanças nos padrões de sono e vigília e redução da oferta de iodo para o lactente pelo leite materno, levando-o a um risco maior de deficiência de iodo e a agravos no fígado e no pulmão, níveis superóxido dismutase (SOD) e catalase (CAT) mais baixos, e os de malondialdeído (MDA) expressivamente mais elevados, inclusive com diminuição das células β do pâncreas responsáveis pela formação de insulina, portanto diminuindo a tolerância à glicose; elevando peso corporal após o desmame, produzindo hiperleptinemia; e menor quantidade de desidase tipo 1 do fígado (PRIMO *et al.*, 2013).

Estudo realizado por Souza e colaboradores (2011) verificou que mesmo as mães que mencionaram ter feito pré-natal (23,3%) relataram não ter recebido orientações sobre aleitamento materno nesse período.

Na literatura, encontram-se várias referências que indicam que o nível de

escolaridade elevado da mãe e seu conhecimento sobre os benefícios da amamentação para o binômio mãe/bebê aumentam os índices de aleitamento materno exclusivo (ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004; CASTAÑO; ORTIZ, 2012).

O aleitamento materno na primeira hora de vida é importante tanto para o bebê quanto para a mãe, pois auxilia nas contrações uterinas, diminuindo o risco de hemorragia. A OMS recomenda colocar os bebês em contato pele a pele logo após o nascimento, ainda na sala de parto, o que fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho. Essa prática pode diminuir a mortalidade neonatal, pois quanto mais se protela o início da amamentação, maiores são as chances de óbitos neonatais causados por infecções (BOCCOLINI *et al.*, 2013).

Apesar de ser uma prática desaconselhada pela OMS e pela Academia Americana de Pediatria (AAP), as chupetas e os bicos são extremamente utilizados em diversos países. Elas são usadas geralmente para acalmar o RN, e conseqüentemente com o seu uso haverá menor frequência de mamadas, e com isso menor estimulação da mama, levando a menor produção de leite; podendo resultar em desmame (DEWEY *et al.*, 2001).

Além disso, as chupetas e os bicos podem ser nocivos para as crianças, pois são fontes potenciais de infecções e podem também prejudicar a função motora oral, levando a problemas ortodônticos provocados pela sucção do bico, onde ela exerce um papel importante na síndrome do respirador bucal (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Um estudo de coorte realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre detectou altas frequências de parâmetros indicativos de técnica inadequada de amamentação, relacionados ao posicionamento mãe/bebê e à pega do bebê. Os parâmetros desfavoráveis mais frequentes, ocorridos em mais da metade das duplas, foram cabeça e tronco do bebê não alinhados e pega não simétrica. Esse último comportamento ocorreu em quase a totalidade da amostra; além de altas incidências de lesões mamilares (43,6%) (WEIGERT *et al.*, 2005).

Sabe-se que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbidade infantil como consequência de menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de serem uma importante fonte de contaminação das crianças. E pode-se constatar que bebês amamentados exclusivamente até o

sexto mês de vida adoecem menos de diarreia e têm menor déficit de crescimento e menor desenvolvimento de doenças atópicas, como a asma, e também parece proteger contra a diabetes mellitus tipo I e a obesidade (ODJIK *et al.*, 2003).

Em meio às argumentações maternas para a introdução de outros alimentos está a inadequação da qualidade e da quantidade de leite produzido. Essas vêm sendo descritas há décadas na literatura como causa de desmame precoce (GIULIANI, 1995; CARVALHO; TAVARES, 2010).

A complementação do leite materno com líquidos não nutritivos como água e chás é desnecessária. Mas estudos revelam que essa é uma prática difundida culturalmente, pois as mães acreditam que os líquidos são necessários para a criança devido à sede, adotados especialmente no verão com intuito de prevenir a desidratação (SOUZA *et al.*, 2011).

Sabe-se, no entanto, que em lactentes a introdução de água ou chás na dieta pode levar à redução do consumo total de leite materno, podendo culminar com o desmame ou diminuição da oferta de leite. Existe associação estatisticamente significativa entre mães com nível superior de escolaridade e a introdução mais tardia de água e chá, o que sugere que a falta de informação é fator importante para introdução precoce de líquidos não nutritivos (CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007).

Em relação ao trabalho materno, alguns autores referem que o mesmo não leva ao desmame precoce, quando há condições favoráveis para a manutenção da amamentação, como, por exemplo, respeito à licença-maternidade, creche ou condições para o aleitamento no local e horário de trabalho. Diversos estudos mostram que é importante a mãe não ter jornada dupla de trabalho, ou seja, se ocupar das tarefas domésticas além da ocupação externa, pois o desmame precoce acontece mais comumente nos casos de jornada dupla (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2009).

Entre os principais fatores associados ao desmame precoce encontrados em um estudo por Souza *et al* (2011), destacaram-se o trabalho materno (25%), hipogalactia (21,2%) e insaciedade da criança (10,6%) como as causas mais relevantes.

Entretanto, existem pesquisas que apontam para uma prevalência de amamentação exclusiva em múltiparas quando comparadas com as primíparas. Nessa condição, essas mulheres estão mais expostas a situações de conflitos, dúvidas e influências. Além disso, o processo de amamentação não é totalmente regido pelos instintos (a primigesta não tem nenhuma experiência orgânica ou emocional anterior) e a técnica precisa ser ensinada e aprendida em alguns casos. Portanto, levando em consideração esses aspectos, maior atenção deve ser direcionada às primíparas, principalmente nas consultas de pré-natal (VENÁCIO *et al.*, 2010).

Enfocando a prática da amamentação como um processo susceptível a influências múltiplas, os membros da família são responsáveis por uma grande parcela de interferências sobre a decisão de amamentar, destacando-se as intervenções negativas. No entanto, podemos afirmar que o apoio social no momento de adaptação à nova dinâmica familiar seja com o primeiro, segundo ou mais filhos, é essencial para manutenção da saúde materna e para o auxílio nas tomadas de decisões quanto ao novo bebê, entre elas, a alimentação (MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2011).

Dentro dessa perspectiva, é extremamente importante envolver os membros da família na prática do aleitamento materno durante a preparação da gestante para a lactação, extrapolando inclusive o período do pré-natal, envolvendo-os também na puericultura, com o objetivo de reforçar orientações e desmistificações de conceitos e crenças que podem prejudicar a adesão e manutenção da amamentação. Faz-se necessário a participação também do companheiro nesse processo, visto que ele pode atuar como elemento significativo de apoio emocional à mãe. Não só no envolvimento paterno, mas especialmente na cumplicidade do casal em decisões importantes, percebida pelo ser mulher como fator incentivador nas tomadas de decisões e que, quando ausente, colabora negativamente para a amamentação, pela falta de reciprocidade no interesse de amamentar (BARREIRA; MACHADO, 2004).

Estudos verificaram que a duração mediana (em dias) do AME em crianças menores de 6 meses no conjunto das capitais brasileiras foi de 54,11 dias (1,8 meses). Em relação ao uso de mamadeira (58,4%), chupeta (42,6%), introdução precoce de água (13,6%), chá (15,3%) e consumo de outros leites (18%), chegando a 48,8%

nas faixas etárias subsequentes entre 120 a 180 dias (BRASIL, 2009; GIULIANI *et al.*, 2011).

Diante do exposto, há necessidade de avaliar a puérpera, dando-lhe informações de que ela necessita; tais como: a produção e composição do leite, a técnica de amamentação propriamente dita, posições e pega corretas, benefícios para a saúde da mãe e do bebê, bem como problemas físicos e dificuldades mais comumente encontradas na prática de amamentação.

2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem sistematizada é uma alternativa adequada, pois torna possível o cuidado diferenciado, conforme as necessidades da paciente (FROTA *et al.*, 2007).

O processo de Enfermagem é uma ferramenta metodológica que norteia a prática profissional e a auxilia na documentação do cuidado profissional; e corrobora em apoiar as ações de Enfermagem na promoção da saúde dos indivíduos, dando maior reconhecimento e autonomia profissional (COFEN, 2009).

A etapa de diagnóstico de enfermagem é de extrema relevância e pode ser considerada como um método de raciocínio diagnóstico, pois é indispensável um processo cognitivo e de habilidades intelectuais, além de vivência prática e conhecimento científico. Também pode ser compreendido como maneira de raciocinar do enfermeiro, sendo inteiramente ligado ao seu fazer e com a qualidade da sua assistência prestada (NOBREGA *et al.*, 2009).

A expressão “diagnóstico de enfermagem” foi utilizada pela primeira vez em 1854, por Florence Nightingale na Guerra da Crimeia, quando ela diagnosticou e tratou “problemas de saúde” dos soldados (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Assim, o diagnóstico de enfermagem “prescreve e executa as intervenções que são definidas para a prevenção, tratamento ou promoção” (CARPENITO, 2002, p. 47).

Deste modo, a expressão “diagnóstico de enfermagem” é usada em dois contextos fundamentais: compondo uma estrutura uniformizada para a prática da enfermagem através do processo de enfermagem; e propondo uma nomenclatura padronizada (taxonomia) às respostas aos problemas de saúde potencial ou atual de sua clientela. Nesse sentido, a associação NANDA-I tem contribuído para que haja unificação e aprimoramento da linguagem a ser utilizada pelos enfermeiros (NANDA-I, 2012 - 2014).

Em 1973, na Primeira Conferência Nacional de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, ocorrida em St. Louis, Missouri, Estados Unidos, os participantes despertaram o interesse e a motivação para a idealização de uniformizar a nomenclatura da enfermagem e, por meio de um esforço coletivo, a NANDA foi fundada em 1982 (NANDA-I, 2009 - 2011).

Dando continuidade ao propósito de uniformização da linguagem de enfermagem, em 1989, foi publicada a Taxonomia I, que era baseada nos Nove Padrões de Resposta da Pessoa Humana, sendo eles: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir. Após diversas avaliações, publicou-se a Taxonomia II, cuja estrutura foi aceita na conferência bienal de 2000 (NANDA-I, 2009 - 2011).

Assim, na Taxonomia II, cada domínio é composto por classes e cada classe é composta por conceitos diagnósticos. Foram também desenvolvidas definições para cada domínio e para cada classe da estrutura. A definição de cada diagnóstico foi comparada às definições da classe e do domínio onde eles estavam localizados, e isso fundamentou a revisão e as modificações nas localizações dos diagnósticos com a finalidade de assegurar a máxima consistência entre diagnósticos, classes e domínios. Então, em 2002, a NANDA foi lançada novamente como NANDA Internacional (NANDA-I) com o objetivo de ampliar o acesso mundialmente e favorecer o desenvolvimento da enfermagem (NANDA Internacional, 2012 - 2014).

No Brasil, a NANDA foi apresentada às enfermeiras brasileiras com uma publicação em português pelas enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba, lideradas pela Dr^a. Marga Coler, e lançada no Primeiro Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem em 1990 (FARIAS *et al.*, 1990).

Segundo a NANDA-I os tipos de diagnósticos de enfermagem são:

- 1) Diagnóstico de enfermagem real descreve respostas humanas a condições de saúde ou processos de vida que um indivíduo/família/comunidade está apresentando. Neste caso, os dados coletados permitem evidenciar características definidoras (sinais e sintomas) que confirmam a presença do DE, sendo o seu enunciado composto de três partes: título, fator relacionado e características definidoras;
- 2) Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde compreende o julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo/família/comunidade de aumentar seu bem-estar para um nível mais elevado de saúde;
- 3) Diagnóstico de enfermagem de risco descreve respostas humanas a condições de saúde ou processos de vida que podem desenvolver-se em um indivíduo/família/comunidade vulnerável. Neste caso não existem características definidoras e sim fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade;
- 4) Diagnóstico de enfermagem de síndrome é um julgamento que descreve um agrupamento específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos e que são bem atendidos juntos ou por meio de intervenções semelhantes (NANDA-I, 2012 - 2014).

De acordo com a NANDA-I (2009-2011), a Taxonomia I é monoaxial, por ser organizada em torno de um único conceito; já a Taxonomia II é mais flexível, pois é multiaxial, e seus termos são criados pela seleção de mais de um eixo. Por isso, é mais flexível e também facilita a inclusão de novos diagnósticos. A taxonomia II da NANDA-I tem 13 domínios, 47 classes, 217 diagnósticos e 7 eixos. Um domínio é uma “esfera de conhecimentos, influência e questionamento”; uma classe é “um grupo, conjunto ou tipo que partilha atributos comuns”. Um eixo, para o propósito da taxonomia da NANDA, é operacionalmente definido como “uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico”, sendo eles:

Eixo 1: foco diagnóstico; Eixo 2: sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo ou comunidade); Eixo 3: julgamento (p. ex., prejudicado, ineficaz, etc) Eixo 4: localização (p. ex., vesical, auditivo, cerebral); Eixo 5: idade (p. ex., bebê, criança, adulto, etc.); Eixo 6: tempo (crônico, agudo, intermitente); Eixo 7: situação do diagnóstico (real, de risco, de promoção da saúde) (NANDA-I, 2012 - 2014).

Os componentes de um diagnóstico de enfermagem (DE) são: “rótulo e definição (para os diagnósticos de enfermagem), características definidoras (para diagnósticos reais) e fatores de risco (para diagnósticos de risco)”. Um rótulo de diagnóstico de enfermagem atribui um nome para o conhecimento de vida/resposta humana que foi apontado através do método de avaliação de enfermagem e ainda deve conter o

foco do diagnóstico. Já as definições do DE têm que atribuir descrições claras e concisas das respostas humanas encontradas. E as características definidoras consistem em sinais e sintomas que o enfermeiro obtém através do julgamento de enfermagem e depois de uma avaliação dos resultados de exames do cliente, da história familiar e de análises realizadas por outros membros da equipe. Quanto aos fatores relacionados, são as causas ou os fatores etiológicos. Por último, os fatores de risco que simbolizam os elementos fisiológicos, genéticos, psicológicos ou químicos, e também os fatores ambientais que elevam a probabilidade de um indivíduo, família e ou comunidade a um fenômeno mórbido (HERDMAN, 2013).

O diagnóstico “amamentação ineficaz”, na taxonomia da NANDA-I 2012 - 2014, (NANDA, 2014, p. 357), é definido como “insatisfação ou dificuldade que mãe, lactente ou criança experimenta com o processo de amamentação”. Esse diagnóstico pertence ao Domínio 7 - Relações e papéis, e à Classe 2 - Papéis do cuidador e tem como características definidoras:

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 aréolo-mamilar corretamente; lactente chora ao ser posto na mama; lactente chora na primeira hora após a amamentação; lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação; lactente se arqueia na mama, oportunidade insuficiente de sugar a mama; perda de peso do lactente sustentado; persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação; processo de amamentação insatisfatório; resistência do lactente em apreender a região mamilar com a boca; suprimento de leite inadequado percebido (NANDA-I, 2012 - 2014).

Os fatores relacionados a esse diagnóstico são:

ambivalência materna; anomalia do lactente; anomalia do peito materno; ansiedade materna; cirurgia prévia na 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 (NANDA-I, 2012 - 2014).

Segundo Tanure (2010), o diagnóstico é baseado na obtenção de sinais e sintomas e no julgamento de fatores relacionados com o problema que pode ocorrer tanto com o cliente, quanto com a família ou a comunidade. A instituição de um

diagnóstico é importante porque é ele que vai gerar os resultados almejados e as intervenções de enfermagem a serem implementadas para que os resultados sejam obtidos.

Avaliando a trajetória da enfermagem, suas origens e sua evolução até o presente momento, sem sombra de dúvidas, pode-se afirmar que o cuidar é a sua principal peculiaridade e seu padrão referencial (FERREIRA, 2007).

As especificidades dos cuidados durante o processo de aleitamento materno tornam o atendimento mais complexo, revelando a necessidade de planejamento da assistência de enfermagem ao binômio mãe/bebê para promover e apoiar a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida (SILVA *et al.*, 2014).

Santos (2005) expõe que a prática dos enfermeiros no seu cotidiano envolve ações em que se observa uma complexidade de conhecimentos, que os profissionais demonstram por meio do cuidado prestado, e conclui que possuem um conhecimento muito maior do que são capazes de dizer ou registrar.

Para Carraro e Westphalen (2001), ao falar sobre a prática profissional, afirmam que, apesar de muitas vezes ser realizada mais empírica do que cientificamente, não significa falta de conhecimentos. Eles trazem a reflexão de que existe a aplicação de uma metodologia, ainda que inespecífica de modo geral, efetuada mecanicamente, com atitudes predeterminadas e descontextualizadas.

Os referidos autores destacam a importância da reflexão do ato de cuidar, que possibilita o aperfeiçoamento ou mesmo a transformação do agir desses profissionais, gerando uma mudança concreta da assistência de enfermagem. Portanto, o modelo de assistência com embasamento científico nos conduz a um fazer reflexivo, ou seja, a estarmos sempre tentando um cuidado de qualidade, voltado para as necessidades do ser cuidado.

3 MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, sendo a primeira uma revisão sistemática e a segunda um estudo transversal.

3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA

Realizou-se uma revisão sistemática em seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) amostragem ou busca na literatura; 4) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 5) avaliação dos estudos incluídos na revisão; e 6) interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Utilizou-se como questão norteadora: “Quais os fatores que influenciam no desmame precoce?”

A busca contemplou os periódicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

A busca do material ocorreu via internet, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e utilizando os descritores: “aleitamento materno”, “fatores de risco” e “desmame precoce”. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, disponíveis eletronicamente; nos idiomas português, inglês ou espanhol; que abordavam a temática amamentação ineficaz e os fatores que a influenciem, no período de 2004 a 2013. Como critérios de exclusão foram adotados: artigos de editoriais; cartas ao editor; monografias; teses e artigos de congresso ou eventos científicos.

Para identificação do nível de evidência dos artigos, foi utilizada a classificação proposta para determinar o nível de evidência, a proposta de hierarquia das evidências, segundo o delineamento da pesquisa, descrita por Melnyk e Fineout-Overholt (2005):

Nível 1 – evidências provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.

Nível 2 – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado.

Nível 3 – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.

Nível 4 – evidências provenientes de estudo de coorte e de caso-controle bem delineados.

Nível 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.

Nível 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Nível 7 – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas.

Os estudos selecionados foram sintetizados segundo algumas variáveis: nome do(s) autor(es), ano de publicação, objetivos, metodologia empregada, resultados obtidos e conclusão. Foram expostos em forma de tabela ou quadros, e comparados com a literatura pertinente.

3.2 ESTUDO TRANSVERSAL

Trata-se de um estudo transversal. Os estudos transversais têm como característica a realização de medições em um único momento no tempo, no qual o fator e o efeito são observados no mesmo momento histórico (ROUQUAYROL; 1994). O caráter descritivo-exploratório estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses, ou seja, investigam sua natureza e o modo como se manifestam, além de outros fatores relacionados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

3.2.1 Cenário

O estudo foi desenvolvido na Maternidade do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

3.2.2 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram as puérperas e RNs internados em sistema de alojamento conjunto da referida maternidade no período de 01 de julho a 30 agosto de 2014; e que residiam na Grande Vitória.

Os critérios de exclusão foram: puérperas que possuíam história pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, que não puderam amamentar por doença infectocontagiosa e eram usuárias de drogas ilícitas e não manifestaram aquiescência ou não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar do estudo, após esclarecimento sobre a pesquisa.

As mães elegíveis foram visitadas e convidadas a participar do estudo pela pesquisadora, que forneceu uma descrição por escrito e verbal do estudo. Os participantes assinaram documento de consentimento informado e foram esclarecidas de que elas poderiam se recusar a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejudicar os cuidados pós-natal ou o atendimento de seu bebê.

3.2.3 Instrumento para coleta de dados

O formulário para coleta de dados da avaliação do diagnóstico amamentação ineficaz (Apêndice B) foi desenvolvido com a finalidade de possibilitar a identificação das características definidoras e dos fatores relacionados desse diagnóstico, de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I, 2012-2014.

3.2.4 Variáveis de estudo

As variáveis deste estudo foram organizadas em cinco seções: 1) dados de caracterização da mãe; 2) avaliação clínica das mamas; 3) avaliação da mamada; 4) dados de caracterização do RN; 5) atitudes e/ou comportamento da amamentação.

3.2.4.1 Dados de caracterização da mãe

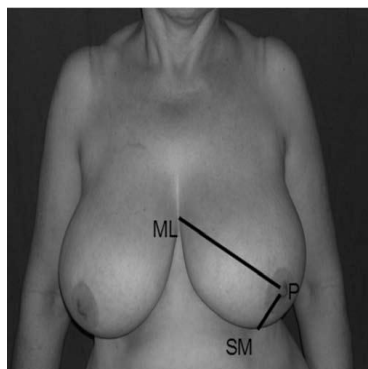
As variáveis relacionadas à caracterização da mãe foram: idade (anos), estado civil, nível de instrução, trabalho fora do lar e renda familiar (salário mínimo). Em relação aos dados obstétricos (número de gestações, tipo parto, consultas de pré-natal) e quanto à amamentação: se recebeu informações sobre amamentação no pré-natal, tempo de amamentação dos outros filhos, se possuía algum tipo de cirurgia na mama. E em relação aos dados clínicos: se fazia uso de bebida alcoólica ou cigarro e se fez uso na gestação, doenças prévias e atuais.

3.2.4.2 Avaliação clínica das mamas

O tamanho das mamas foi mensurado pelo índice de Sacchini, individualmente, no momento do exame físico das mamas, com a puérpera em posição ortostática e utilizando-se uma fita métrica milimetrada. A medida Sacchini é realizada através da média entre duas distâncias para classificar o tamanho das mamas: entre a papila mamária e o sulco mamário e entre a papila mamária e a margem lateral do esterno, conforme Figura 1 abaixo e sendo caracterizada como:

- pequena ou hipomastia (média menor do que 9 cm)
- média ou normal (média entre 9 cm e 11 cm)
- grande ou hipertrofia (média maior do que 11 cm)

Figura 1: Medida do índice de Sacchini



*ML = margem lateral do esterno; P = papila mamária; SM = sulco mamário

Fonte: ARAÚJO *et al.*, 2007.

As condições da mama foram obtidas através da palpação durante o exame físico e foi categorizada em (ARAGAKI; SILVA; SANTOS, 2006):

Mama flácida, quando à palpação realizada com os dedos de forma a “dedilhar”, sente-se a mama macia, permitindo sentir nas pontas dos dedos o tecido glandular mamário livre de tensão. Estes se apresentam como pequenos grãos, cuja pressão exercida sobre eles não provocam sensação dolorosa na mulher.

Mama túrgida, quando à palpação a mama apresenta-se de consistência firme, permitindo sentir na ponta dos dedos o tecido glandular mamário definido, estes se apresentam como pequenos grãos tensos, cuja pressão exercida sobre eles pode ou não provocar sensação dolorosa na mulher.

Mama ingurgitada, quando à palpação a mama apresenta-se de consistência firme ou endurecida, rígida, com contorno delineado, com tensão intramamária tal que dificulta o acesso aos lóbulos, ou, quando estes são tocados, apresentam-se como grãos endurecidos ou áreas em forma de placas endurecidas. A pressão sobre eles frequentemente provoca sensação dolorosa na mulher.

O tipo de mamilo foi categorizado conforme descrição do manual do Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP (1999):

Protruso ou normal: Quando se apresenta saliente, bem delimitado e se protraí com facilidade, após estimulação; na junção mamilo-areolar, forma um ângulo quase reto (Figura 2).

Figura 2: Mamilo protruso



Fonte: NALMA, 1999.

Mamilo semiprotruso ou subdesenvolvido: Quando se apresenta pouco saliente, como se estivesse incorporado à região areolar protraindo-se com dificuldade após estímulo. Não há delimitação precisa entre o mamilo e a aréola; na junção mamilo-areolar forma-se um ângulo obtuso (bem próximo dos 180º) (Figura 3).

Figura 3: Mamilo semiprotruso



Fonte: NALMA, 1999.

Mamilo invertido ou umbilicado ou mal formado: Quando se apresenta no sentido oposto ao normal (protruso); após estímulos e exercícios não se exterioriza, conservando-se inalterado, com estímulo da sucção pode tornar-se aplanado com a aréola, revelando uma pele semelhante à mucosa (Figura 4).

Figura 4: Mamilo invertido



Fonte: NALMA, 1999.

Mamilo pseudoinvertido ou pseudoumbilicado: quando se apresenta em sentido oposto ao normal ou protuso; após estímulos e exercícios, se protraí pobremente,

tornando-se temporariamente semelhante ao semiprotruso e voltando, a seguir, à posição de inversão; a pele de sua superfície assemelha-se à mucosa (Figura 5).

Figura 5: Mamilo pseudoinvertido



Fonte: NALMA, 1999.

Mamilo hipertrófico: Quando apresenta todas as características de um mamilo protuso, porém, pelo seu tamanho exagerado, não torna possível a sucção, pois provoca náusea no RN (Figura 6).

Figura 6: Mamilo hipertrófico



Fonte: NALMA, 1999.

A integridade do mamilo foi avaliada durante o exame físico das mamas utilizando uma lupa (quando a mãe relatava dor à amamentação) e foi categorizada conforme o manual do Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP (1999):

Mamilo íntegro: quando apresenta sua estrutura completa, com ausência de solução de continuidade.

Trauma mamilar: quando o mamilo apresenta, na sua estrutura anatômica, uma solução de continuidade, com comprometimento da epiderme ou da derme, causadas principalmente por posicionamento incorreto e pega inadequada. São extremamente dolorosos e desconfortáveis, podendo contribuir para a interrupção do processo de amamentação.

A avaliação da produção de leite foi realizada pela expressão mamilar, que é pressão manual com os dedos indicador e polegar na região areolar da mama, e foi categorizada conforme Silva e Silva (2009):

Ausente e pequena: quando não há drenagem láctea ou quando há drenagem de gotas de secreção láctea, que fica restrita à região do mamilo.

Média e grande: quando há drenagem de gotas de secreção láctea, que escorrem para a região areolar ou há drenagem de secreção láctea em “fio” ou em “jato”, que escorre para a região areolar.

Neste estudo, considerando os resultados encontrados, essa variável foi agrupada em produção de leite ausente/pequena e média/grande para análise estatística.

3.2.4.3 Avaliação da mamada

Utilizou-se o formulário proposto pelo Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Criança (UNICEF), 1992 para observação da mamada. Para tanto, foi solicitado à mãe que colocasse o RN ainda em estado de alerta para amamentar. As avaliadoras observaram e registraram assinalando um “X”, nos aspectos relativos à posição corporal da mãe e do RN, o comportamento do RN, estabelecimentos de laços afetivos e tempo gasto na sucção.

3.2.4.4 Dados de caracterização do recém-nascido

As variáveis relativas aos RNs foram: sexo, peso ao nascer (gramas), idade gestacional, amamentação na primeira hora de vida, complementação de outros tipos de leite na maternidade e a forma como foi administrado.

A avaliação do peso (em gramas) do RN foi obtida pelo avaliador utilizando uma balança pediátrica de 15 quilos da marca Filizola®, com escala de 5 gramas.

3.2.4.5 Atitudes e/ou comportamento da amamentação

Durante a avaliação da mamada foram observadas pelo pesquisador atitudes e/ou comportamento relacionados à mãe durante o processo de amamentação, como: o bebê chorava ao ser posto na mama, o bebê se arquejava no peito, o bebê se mantinha calmo na primeira hora após a mamada e ainda se alguém da família apoiava a amamentação.

3.2.4.6 Avaliação das características definidoras e dos fatores relacionados

As características definidoras e os fatores relacionados foram avaliados por meio do julgamento clínico dos sinais e sintomas, da observação do binômio mãe/filho e também durante a entrevista com a mãe conforme o descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos atributos para avaliação das características definidoras e os fatores relacionados. Vitória, 2015.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	ATRIBUTOS PARA AVALIAÇÃO
Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina	Foi observado e perguntado à puérpera durante a avaliação da mamada se havia vazamento de leite (antes ou após) as mamadas e/ou se sentia contrações uterinas (cólicas).
Descontinuidade da sucção na mama	Durante a avaliação da mamada foi observado no item respostas se o bebê escorregava do peito.
Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação	Durante a avaliação da mamada foi observado no item anatomia (após a mamada) se o mamilo estava achatado ou invertido e o peito apresentava-se ingurgitados, caído ou estirado.
Incapacidade do lactente de apreender a região aréolo-mamilar corretamente	Durante a avaliação da mamada, foi observado no item sucção as possíveis dificuldades do bebê: se a boca pouca aberta, as bochechas tensas, apenas sugadas rápidas ou lábio inferior voltado para dentro.
Lactente chora ao ser posto na mama	Foi observado durante a mamada se o RN chora ao ser posto na mama.
Lactente chora na primeira hora após a amamentação	Foi observado e perguntado à puérpera se após a mamada o bebê chora na primeira hora após a amamentação.
Lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação	Foi perguntado à puérpera se após a mamada o bebê exibe agitação na primeira hora após a amamentação.
Lactente se arqueia na mama	Foi observado e perguntado à puérpera se durante a mamada o bebê se arqueia na mama.
Oportunidade insuficiente de sugar a mama	Foi perguntado à puérpera, no item dados de caracterização do recém-nascido, quantas vezes o recém-nascido mamou durante 24h.
Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação	Foi perguntado à puérpera, no item avaliação das mamas, se ela sentia alguma dor e/ou ardência após a mamada.
Resistência do lactente em apreender a região mamilar com a boca	Foi observado durante a mamada se o bebê ficava inquieto ou chorando ao ser colocado no peito.
Suprimento de leite inadequado percebido	Foi observado no item avaliação da produção de leite como estava a produção de leite da puérpera por meio da expressão mamilar.

FATORES RELACIONADOS	ATRIBUTOS PARA AVALIAÇÃO
Ansiedade materna	Foi observado durante a mamada se a mãe estava nervosa ou sacolejava o bebê, e perguntado como estava se sentindo emocionalmente.
Cirurgia prévia na mama	Foi perguntado à puérpera no item dados sobre a amamentação se ela já tinha feito cirurgia na mama.
Família/parceiro não oferece apoio	Foi perguntado à puérpera se, após a mamada (item atitudes e/ou comportamentos da amamentação), alguém da sua família apoiava a amamentação.
História prévia de fracasso na amamentação	Foi perguntado à puérpera no item dados sobre a amamentação se ela tinha amamentado os outros filhos pelo até o 6º mês de vida.
Lactente recebe alimentação suplementar	Foi observado e verificado junto à prescrição médica se o bebê recebia complemento na maternidade.
Prematuridade	Foi verificado junto ao prontuário do recém-nascido qual era a idade gestacional pelo método do capurro.
Reflexo de sucção do lactente insatisfatório	Durante a avaliação da mamada foi observado, no item sucção, a presença de três ou mais possíveis dificuldades quanto à sucção.

Fonte: a autora

3.2.5 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram obtidos por fonte primária diretamente com a parturiente, mediante entrevista individual e exame físico, e por fonte secundária mediante consulta aos registros clínicos no prontuário se necessário, pela observação clínica e comportamental do RN e da mãe durante a mamada que foi registrada pelo avaliador.

Com o objetivo de reduzir o viés de aferição, os dados foram coletados juntamente com duas acadêmicas de enfermagem do 7º período do curso de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e pela autora do estudo, após treinamento e aplicação de duas avaliações. No momento da coleta, uma das acadêmicas esteve presente junto com a pesquisadora.

O treinamento teve duração total de 10 horas e contemplou as seguintes seções: Fisiologia da lactação; avaliação das mamas; e aplicação do instrumento de coleta de dados.

O instrumento foi submetido a um teste piloto, realizado com dez binômios mãe/recém-nascido enquadrados nos critérios de seleção pré-estabelecidos, com o intuito de averiguar sua adequação aos objetivos estabelecidos no estudo bem como as habilidades e dificuldades do grupo em aplicá-lo. As instruções para preenchimento do formulário encontram-se descritas e detalhadas junto ao formulário no Apêndice 1.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e foi composta pelos nascimentos ocorridos nos dois meses subsequentes à aprovação da pesquisa.

A avaliação da amamentação do binômio mãe/recém-nascido aconteceu respeitando o tempo estabelecido de até 48 (quarenta e oito) horas após o nascimento, com eles ainda na maternidade. A entrevista e a observação clínica foram realizadas em uma sala de atendimento clínico localizada no alojamento conjunto, que permitiu manter a privacidade da paciente. Todo esse processo de coleta de dados durou em média 40 minutos.

Após a observação da avaliação da mamada ainda na maternidade a mãe recebeu orientação sobre o manejo da amamentação e suporte nas dificuldades apresentadas, com o protocolo a seguir:

“A senhora gostaria de fazer alguma pergunta? Enquanto você estava amamentando, nós observamos algumas questões e gostaríamos de sugerir: Uma boa posição para amamentar é colocar a cabeça do bebê na dobra do braço, com a barriga do bebê encostada na sua barriga e o bebê olhando para o seu peito. O bebê precisa estar com a boca bem aberta, abocanhando essa parte escura da mama e para isso você pode abrir bem a boca do bebê puxando o queixo dele com o seu dedo. Durante a mamada você deve oferecer apenas um peito para o recém-nascido e o outro peito somente na próxima mamada.” (A autora)

As pacientes que apresentassem necessidade de acompanhamento psicológico seriam encaminhadas ao serviço de psicologia da maternidade do HUCAM, que

atende em sala própria e localizada na maternidade do hospital. No entanto, não houve necessidade de acompanhamento psicológico de nenhuma das mães.

3.2.6 Análise dos dados

Os dados foram compilados no *software Excel (2007)*, analisados estatisticamente pelo programa Social Package Statistical Science (SPSS) versão 19.0 for *Windows*[®] e os resultados sintetizados em tabelas.

Para análise dos dados, foram adotados procedimentos de estatística descritiva, e para cruzamento entre variáveis, aplicaram-se os testes qui-quadrado, exato de Fisher e razão da máxima verossimilhança.

3.2.7 Procedimento ético

O projeto foi encaminhado à Chefia da Maternidade e à Direção de Ensino e Pesquisa do HUCAM e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo para aprovação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFES, sob nº 695.734, em 25/06/2014.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão organizados conforme os objetivos e apresentados na forma de artigos, apresentados a seguir.

- Artigo 1 - referente à revisão sistemática, intitulada “Fatores que influenciam o desmame precoce” e encontra-se nas normas da Revista Aquichán, Qualis CAPES B1;
- Artigo 2 - referente aos resultados do estudo transversal no que se refere ao perfil e desafios iniciais da amamentação, intitulado “Desafios da amamentação para o binômio mãe-bebê” e será submetido para a Revista Cogitare Enfermagem, Qualis CAPES B2;
- Artigo 3 - referente aos resultados do estudo transversal no que se refere à avaliação do diagnóstico NANDA, intitulado “Avaliação do Diagnóstico de Amamentação Ineficaz”, e será submetido para a Revista Brasileira de Enfermagem, Qualis CAPES A2.

4.1 RESULTADO: REVISÃO SISTEMÁTICA

FATORES QUE INFLUENCIAM O DESMAME PRECOCE

RESUMO

Objetivo: Identificar na literatura científica os principais fatores associados ao desmame precoce. Método: Trata-se de uma revisão sistemática realizada nas bases Lilacs e Medline com artigos completos do período de 2004 a 2013, em idiomas inglês, espanhol e português, a partir da pergunta norteadora: “Quais os fatores que influenciam no desmame precoce?”

Resultados: Identificaram-se 1481 artigos e 39 atenderam aos critérios de inclusão. Dentre os principais fatores que influenciam o desmame precoce, verificou-se trabalho materno (33,3%); uso de chupeta (30,8%); leite fraco (17,9%); trauma e dor mamilar (17,9%); introdução de outros tipos de leites (15,4%) e escolaridade da mãe/pai (15,4%). Conclusão: Diversos fatores estão relacionados ao desmame precoce, exibindo forte determinação sociocultural e histórica, que podem ser evidenciadas pela comparação dos padrões de amamentação entre diferentes populações e ao longo do tempo.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Fatores de risco. Desmame. Chupeta. Trabalho feminino.

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços nos índices de amamentação exclusiva no mundo e de suas diversas vantagens, vários fatores ainda contribuem para o insucesso ou interrupção da amamentação, levando ao desmame precoce. Dentre os problemas mais comuns, observa-se o ingurgitamento mamário, a dor/trauma mamilar, a infecção mamilar por *Staphylococcus aureus*, a candidíase, o fenômeno de Raynaud, o bloqueio de ductos lactíferos, a mastite, o abscesso mamário e a galactocele, além da hipogalactia ou produção insuficiente de leite¹.

Outro fator relacionado são os recém-nascidos que apresentam movimentos orais atípicos (disfunções orais) durante a mamada, esses movimentos podem ocasionar problemas decorrentes de alterações temporárias do próprio funcionamento oral, ou mesmo algumas características particulares anatômicas que atrapalham o encaixe adequado entre a boca do bebê e o peito, ou também fatores iatrogênicos². Estudo realizado constatou que 57,3% dos binômios mães/recém-nascidos apresentavam alteração da mamada, e a frequência da disfunção oral foi de aproximadamente 30%³.

Algumas pesquisas avaliam que mães adolescentes frequentemente alcançam um índice menor de amamentação, exibindo risco 2,2 vezes maior de desmamarem precocemente seus filhos, possivelmente porque aliam muitas vezes insegurança e ausência de confiança em si mesmas, além de imaturidade e dificuldades com autoimagem, que atrapalham ainda mais o estabelecimento da lactação⁴.

Estudos mostram que existe uma consonância ao relatarmos que primíparas apresentam chance maior de ter mamada insatisfatória, pois a carência de experiência é considerada fator de risco para o desmame precoce, pois mães que tiveram experiência prévia positiva possivelmente terão mais facilidade em estabelecer a lactação com os demais filhos⁵⁻⁶.

O desmame precoce é um fator predisponente para doenças evitáveis, como desnutrição, diarreia, obesidade infantil, entre os outros problemas de saúde pública no mundo, além de contribuir para o aumento da mortalidade infantil⁷, por isso, pontua-se a relevância de se investigar os elementos que influenciam no desmame precoce para que assim se possam delimitar as ações que culminem com a preservação de todos os benefícios da amamentação.

Diante do fato de que já existem estudos sobre o tema, mas que ainda há um desafio de agregar e sintetizar o conhecimento específico disponível para contribuir com a aplicabilidade do mesmo, foi traçado o objetivo de descrever os fatores que influenciam no desmame precoce.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática que consiste em uma síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível. Esse tipo de pesquisa apresenta um método rigoroso de busca e seleção de estudos, com avaliação da relevância e da validade dos resultados evidenciados; coleta, síntese e interpretação dos dados⁸. Dessa forma, no presente estudo, foi elaborado um protocolo, a fim de garantir o rigor do processo de pesquisa, que dispunha dos seguintes componentes: pergunta de revisão, critérios de inclusão e exclusão, estratégias para a busca do universo de pesquisas, orientação para a seleção do material, análise e síntese dos dados.

A presente revisão teve como questão norteadora: “Quais os fatores que influenciam no desmame precoce?”. Foi realizada uma busca em duas importantes bases de dados do sítio da Biblioteca Virtual em Saúde – *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE).

Utilizou-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo os seguintes descritores em português e inglês: aleitamento materno, fatores de risco, desmame precoce.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos, disponíveis eletronicamente; nos idiomas português, inglês ou espanhol; que abordem a temática desmame precoce e os fatores que o influenciam, no período de 2004 a 2013. Como critérios de exclusão foram adotados: artigos de editoriais; cartas ao editor; monografias; teses e artigos de congresso ou eventos científicos.

Devido ao amplo quantitativo de artigos encontrados optou-se por trabalhar com o cruzamento de dois em dois descritores para a seleção dos artigos estudados.

Para identificação do nível de evidência dos artigos foi utilizada a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005)⁹:

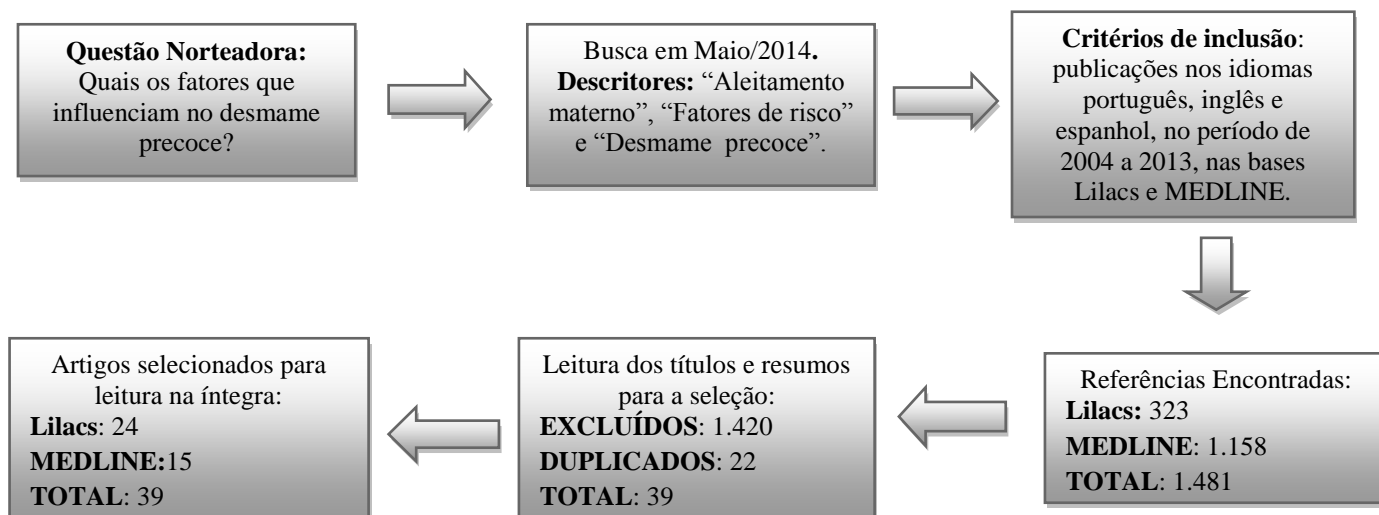
Nível 1 – evidências provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – evidências provenientes de estudo de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas.

As buscas foram realizadas no mês de maio de 2014, de forma independente, por duas pesquisadoras experientes em estudos de revisão. A primeira seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos e resumos, e nos casos de dúvidas a leitura dos textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, as mesmas foram resolvidas através do consenso.

Para a seleção das publicações, inicialmente, leu-se exhaustivamente cada título e resumo para confirmar se eles contemplavam a pergunta norteadora desta investigação e se atenderiam aos critérios estabelecidos.

Foram encontrados 1481 artigos nas duas bases e após refinamento seguindo os critérios foram excluídos 1420 que não atenderam à questão norteadora e 22 artigos excluídos por duplicidade, totalizando amostra final de 39 artigos, sendo 24 da base Lilacs e 15 do MEDLINE.

FIGURA 1: Fluxograma da seleção amostral dos estudos incluídos na revisão sistemática. Vitória/ES/Brasil, 2014.



RESULTADOS

Foram encontrados 24 artigos na base de dados Lilacs, e 15 pesquisas no MEDLINE; perfazendo uma amostra total de 39 artigos. Destes, 48,7% são apresentados no idioma português; 43,6% em inglês e 7,7% em espanhol.

Verifica-se, quanto aos anos de publicação, que grande parte é recente, 66,7%, visto que foram publicados a partir de 2009 até 2013, enquanto que 33,3% dos artigos possuem data de publicação entre 2004 a 2008.

A maioria dos estudos dessa base de dados teve o Brasil como país de publicação 69%, seguido dos Estados Unidos 7,6%, Hong Kong, Suécia, Irã, Reino Unido, Noruega, Irlanda, Austrália, Colômbia e Chile (estes com 2,6% cada).

Quanto ao nível de evidência, 64,1% apresentam nível 6, que são os estudos descritivos (transversais). A prevalência de estudos transversais se dá pelo fato de proporcionarem a frequência de uma ou várias características de dada população; são relativamente baratos, fáceis de realizar e úteis na investigação do grau de exposição a determinadas condições por características individuais fixas, como por exemplo, etnia e nível socioeconômico. Seu objetivo deve ser claramente definido, assim como a população-alvo e a população de estudo, determinação dos dados a serem coletados, entre outros¹⁰.

Além disso, 35,9% apresentaram nível de evidência 4, que são evidências provenientes de estudo de coorte. O termo coorte é utilizado para designar um grupo de indivíduos que têm

em comum um conjunto de características e que são observados durante um período de tempo com o intuito de analisar a sua evolução¹⁰.

Os principais resultados desses artigos foram sintetizados em 6 (seis) Categorias Temáticas: Categoria I - Características do recém-nascido, Categoria II - Características da mãe, Categoria III - Mitos quanto à amamentação, Categoria IV - Manejo da Lactação, Categoria V - Substitutos do leite materno, Categoria VI - Orientação profissional; que estão apresentados na Tabela 1. O número de artigos (n) apresentado na coluna refere-se à frequência que esse fator se repetiu em diferentes pesquisas; pois um artigo pode trazer uma ou várias características.

TABELA 1 – Síntese das Categorias temáticas após análise dos artigos da Revisão Sistemática. Vitória/ ES/Brasil, 2014.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	Frequência n = 39	%
CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO		
Bebê recusa o peito ou não quer mais mamar ¹¹⁻¹⁵	5	12,8
Doença/Hospitalização da criança ^{11,14,16} , Baixo peso ao nascer ¹⁷⁻¹⁹	3	7,7
Gemelaridade ¹⁹⁻²⁰	2	5,1
Bebê morde o peito ¹⁵ , Ganho peso insuficiente ²¹	1	2,6
CARACTERÍSTICAS DA MÃE		
Trabalho materno ^{11,13-14,17,20,22-29}	13	33,3
Escolaridade materna/paterna ^{18,20,24,27,30-31}	6	15,4
Idade materna ^{18,20,26,30,32}	5	12,8
Renda familiar baixa ^{24,30,32-33}	4	10,2
Tabagismo ^{20-21,34}	3	7,7
Tipo de parto ^{26,35} , Decisão materna (mãe não quer mais) ^{11,16} , Depressão ^{27,36} , Paridade ^{20,22} , Dificuldades para amamentar ^{17,28} , Não morar com companheiro ou pai fora de casa ^{27,32}	2	5,1
Indução do trabalho de parto ³⁵ , Uso de medicamento ³⁵ , Estética mãe ¹⁶ , Estado civil ²⁸ , Experiência da mãe ²⁶ , Doença/Hospitalização da mãe ¹⁴ , Posicionamento inadequado ³⁷ , Consulta no pré-natal <6 ¹⁹	1	2,6
MITOS QUANTO À AMAMENTAÇÃO		
Uso de chupeta ^{21-22,24,30-32,38-45}	14	30,8
Leite fraco ^{11-13,15,25,30,43}	7	17,9
Leite insuficiente ou pouco ^{11-13,43}	4	10,2
Leite secou ¹³⁻¹⁴ , Choro do bebê (interpretado como fome) ou fome percebida ^{16,33}	2	5,1
MANEJO DA LACTAÇÃO		
Traumas mamilares e Dor ^{11,14,25,28,37,45-46}	7	17,9
Horários rígidos (pré-determinado) para mamar ³⁸	1	2,6
SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO		
Outros tipos de leites ^{30,47-49}	6	15,4
Líquidos não nutritivos ^{34,45,48-49} e Outros alimentos (semisólidos e sólidos) ^{23,47-49}	4	10,2

Uso de mamadeira ^{42,44}	2	5,1
ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL		
Falta apoio na maternidade ²¹ , Falta de orientação sobre amamentação ^{25,27}	2	5,1
Recomendação médica ¹¹	1	2,6

DISCUSSÃO

Categoria I – Características do recém-nascido

Nessa categoria estão incluídos todos os fatores de risco relacionados ao recém-nascido que levaram ao desmame precoce. Dentre as características do recém-nascido foram associados os seguintes fatores: o bebê recusa o peito ou não quer mais mama (12,8%), doença/hospitalização (7,7%), baixo peso ao nascer (7,7%), gemelaridade (5,1%), bebê morde o peito (2,6%) e ganho de peso insuficiente (2,6%).

Sabe-se que os benefícios do leite materno e a amamentação exclusiva em livre demanda são determinantes para o crescimento e o desenvolvimento infantil nos primeiros seis meses de vida¹⁶. No entanto, alguns lactentes podem apresentar patologias e necessitarem de internação, tendo a doença/hospitalização do bebê como causa de desmame precoce. A falta de rotinas e práticas de incentivo ao aleitamento, além de dificuldades de ordem física, como o desconforto das acomodações para as mães e o fornecimento de poucas refeições ao dia foram obstáculos significativos à prática da amamentação dos lactentes internados²⁰.

A recusa do bebê ao peito ou criança não quis mais mamar podem influenciar a interrupção precoce da amamentação exclusiva. Essa recusa pode ocorrer devido a má postura ou a causas físicas, como por exemplo: o bebê possuir uma boca demasiado pequena ou o peito ser grande porque a aréola está tensa e faz com que o peito fique mais plano; pode também ocorrer em bebês imaturos que ainda não desenvolveram o reflexo de sucção; ou em algumas iatrogenias devido ao parto, como luxação de ombros, que produz dor no bebê pela posição levando à recusa de mamar. De forma geral, qualquer alteração fisiológica que afete o recém-nascido na hora de mamar podendo alterar o seu desejo⁵⁰.

Algumas situações especiais, como baixo peso ao nascer e gemelaridade, são situações que demandam da equipe de saúde maior habilidade para o sucesso da amamentação¹⁹⁻²⁰. Apesar de ser possível que toda mulher seja capaz de amamentar gêmeos exclusivamente, existem dificuldades, como o cansaço e a indisponibilidade da mulher. Portanto, é imprescindível que as nutrizes de parto múltiplo tenham suporte adicional, pois requerem disponibilidade de tempo, grande dose de dedicação e muita organização e ajuda¹.

Categoria II - Características da mãe

Nessa categoria, os fatores associados ao desmame precoce foram: trabalho (33,3%), escolaridade materna/paterna (15,4%), renda familiar baixa (12,8%), idade materna (10,2%), tabagismo (7,7%), tipo de parto (5,1%), decisão materna (mãe não quer mais) (5,1%), depressão (5,1%), paridade (5,1%), Dificuldades para amamentar (5,1%), não morar com companheiro ou pai fora de casa (5,1%), indução do trabalho de parto (2,6%), uso de medicamento (2,6%), estética da mãe (2,6%), estado civil (2,6%), experiência da mãe (2,6%), doença/hospitalização da mãe (2,6%), posicionamento inadequado (2,6%) e consulta no pré-natal < 6 (2,6%).

O trabalho materno foi o fator que mais favoreceu o desmame precoce, pois as mulheres muitas vezes trabalham para ajudar nas despesas de casa e em outras assumem o papel de chefes de família que, por necessidade financeira, são conduzidas a trabalhar fora de casa deixando de amamentar exclusivamente seus filhos^{17,22}.

A capacidade de continuar a amamentar no regresso ao trabalho é multifatorial, sendo que as mulheres tentam equilibrar as demandas da família e do trabalho com a disponibilidade de cuidados com o lactente⁵¹. Dispor de espaços para a prática da amamentação no ambiente de trabalho é uma estratégia que contribui para sua maior duração⁵². Por outro lado, o fato do empregador não conhecer as leis referentes à mulher que amamenta faz com que não proporcione às mães um local apropriado para a ordenha, além de não oferecer as mesmas condições necessárias para a guarda do filho. Estes são fatores que merecem atenção frente aos direitos e deveres da trabalhadora⁵³.

Nas variáveis socioeconômicas, os níveis de escolaridade da mãe e do pai têm sido associados à prática da amamentação exclusiva. Estudos demonstram que mães de maior escolaridade tiveram maiores frequências de amamentação exclusiva⁵⁴ e valorizam mais o ato de amamentar⁵⁵.

Bebês provenientes de famílias de baixa renda familiar (entre um e três salários mínimos) tiveram maior chance de interromper a amamentação exclusiva antes do terceiro mês. Esse achado reveste-se de importância singular, na medida em que essas crianças são justamente as que estão mais expostas a outros fatores que aumentam a morbimortalidade infantil¹⁸.

Categoria III - Mitos quanto à amamentação

Entre os fatores que influenciam no desmame precoce, temos o uso de chupeta (35,9%), leite fraco (17,9%), leite insuficiente ou pouco (10,2%), leite secou (5,1%), choro do bebê (interpretado como fome) ou fome percebida (5,1%).

A chupeta tem sido frequentemente associada ao desmame precoce, pois se percebem manifestações de dificuldades das mães em lidar com o choro do bebê e a fome da criança, associando à concepção de que a composição e a quantidade do leite são insatisfatórias às necessidades da criança. O choro associado à fome é sustentado pela cultura, como sendo em decorrência dos problemas relacionados à produção/qualidade do leite⁴⁰. A inobservância da ejeção do leite e a manifestação de insatisfação da criança com o choro põe em dúvida a condição do leite materno, e essas razões são utilizadas como justificativas para interromper a amamentação ou para oferecer outros tipos de leite e alimentos⁴.

Em relação ao leite fraco, insuficiente ou pouco, cabe destacar que a produção de leite materno pode diminuir quando: há a introdução da alimentação complementar com leite artificial, água, chá, pois a criança vai perdendo o apetite; introdução de chupetas e mamadeiras, proporcionando sucção incorreta e resultando em mamadas curtas e pouco frequentes e, como resultado, mamas cheias e ingurgitadas; pouca ingestão de líquidos e alimentação incorreta da mãe; despreparo da equipe de saúde em perceber posicionamento inadequado e pega incorreta; e todas essas questões podem levar ao desmame precoce⁵⁶.

Uma das justificativas utilizadas pelas nutrizes em diversas culturas para explicar o abandono da amamentação é o “leite fraco”. Entretanto, do ponto de vista biológico o leite materno é ideal, sendo pouco frequentes as intercorrências que inviabilizam a amamentação^{44,57}.

Categoria IV – Manejo da Lactação

Outro fator que influencia na amamentação são os traumas mamilares/dor (17,9%) e os horários rigorosos para as mamadas (2,6%). Estudos apontam que cerca de 80 a 96% das puérperas apresentam dor até o décimo dia pós-parto⁵⁸⁻⁵⁹. Pesquisa realizada com profissionais de enfermagem apontou que a falta de informação e de conhecimento, por parte das mães, sobre a amamentação, contribui para o aparecimento de complicações como dor, trauma mamilar e medo devido aos relatos de dor⁶⁰.

A dor durante a mamada interfere no reflexo de ejeção do leite e, em consequência, a criança não consegue mamar adequadamente, gerando na mãe sentimento de culpa e angústia, que, por consequência, acaba inibindo a ejeção láctea, podendo levar ao fracasso desse processo⁴⁶. Os traumas mamilares/dor devem ser percebidos pela equipe de saúde como marcadores de dificuldades, e podem ser evitáveis quando se adotam medidas profiláticas durante as consultas de pré-natal onde há a oportunidade de promoção e incentivo à amamentação²⁴.

Categoria V – Substitutos do leite materno (Alimentação Complementar)

Os principais fatores associados ao desmame precoce nessa categoria foram: a introdução de outros tipos de leites (15,4%); líquidos não nutritivos e outros alimentos (semisólidos e sólidos) (10,2%); e o uso de mamadeira (2,6%).

Entende-se por alimentação complementar qualquer introdução de alimentos líquidos ou sólidos, diferentes do leite materno, oferecidos ao lactente até o segundo semestre de vida. Quando introduzida precocemente, antes dos seis meses de vida, sob o aspecto nutricional, poderá ser nociva à saúde da criança, agindo como fonte de contaminação, aumentando o risco de diarreia e outras doenças infecciosas, além disso, esses alimentos, às vezes, possuem aporte nutricional inferior ao leite materno, e impedem a absorção de ferro e zinco. Essa introdução precoce tem sido associada ao desenvolvimento de doenças atópicas como a asma e amamentação exclusiva parece proteger contra o diabetes mellitus tipo I e a obesidade⁶¹.

A complementação do leite materno com líquidos não nutritivos como água e chás é desnecessária. Mas estudos revelam que essa é uma prática difundida culturalmente, pois as mães acreditam que os líquidos são necessários para a criança devido à sede, adotando especialmente no verão, com intuito de prevenir a desidratação⁶². Pesquisa evidenciou que a convivência com a avó teve associação positiva com dar água ou infusões durante a amamentação⁶³.

Categoria VI – Orientação profissional

Verificou-se que podem interferir negativamente na amamentação: não receber orientação sobre amamentação (5,1%), falta de apoio na maternidade (5,1%) e recomendação médica (2,6%).

Estudo constatou que os profissionais em unidades básicas de saúde desenvolvem nenhum apoio ou apoio dúbio sobre amamentação e nesses serviços as mulheres ainda estão expostas ao falatório sobre a amamentação, que representa o excesso de informação e o autoritarismo do profissional de saúde para com elas, com predomínio de impessoalidade, ou a atenção igual para todas ou a ausência de atenção⁶⁴.

Em relação à assistência de enfermagem no puerpério imediato, pesquisa apontou que o incentivo à prática da amamentação exclusiva não foi satisfatória, uma vez que as mulheres participantes relataram que passaram por dificuldades, às vezes de fácil solução, mas como não houve apoio e incentivo, acabaram abandonando a amamentação⁶⁵.

Orientações e aconselhamento no pré-natal e apoio no puerpério imediato, principalmente quando surgem problemas relacionados às mamas, e acompanhamento após a

alta hospitalar são estratégias que promovem, protegem e apoiam a amamentação com eficiência, e o profissional, além de competências, precisa ter a capacidade de comunicar-se eficientemente com a nutriz⁶⁶⁻⁶⁷.

CONCLUSÃO

Essa revisão sistemática possibilitou conhecer os fatores que influenciam o desmame precoce, e os mais citados foram: trabalho materno (33,3%); uso de chupeta (30,8%); leite fraco (17,9%); trauma e dor mamilar (17,9%); introdução de outros tipos de leites (15,4%) e escolaridade da mãe/pai (15,4%).

A síntese dos diferentes estudos evidenciou que a amamentação é um fenômeno que ultrapassa o simples desejo e decisão autônoma das mulheres/mães, pois exhibe forte determinação sociocultural e histórica, que pode ser comprovada por meio de comparações de padrões de amamentação entre diferentes populações e através dos tempos.

As taxas de desmame ainda são prevalentes e acredita-se que este estudo pode oferecer subsídios para o planejamento de ações que visem à atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo em vista que a atuação da equipe de saúde é essencial nesta área, a qual deve atuar junto a essas mulheres desde o pré-natal sensibilizando e informando acerca do valor da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida.

Além disso, espera-se que os resultados aqui apresentados venham contribuir para a prática assistencial da enfermagem e com o debate acerca dessa temática, possibilitando a ampliação do conhecimento e ainda, que permita uma reflexão sobre as ações de promoção e apoio a amamentação, bem como, lembrar que os cuidados não devem ser fragmentados, e sim, realizados com foco em uma abordagem biopsicossocial e cultural, além da promoção da autonomia feminina e na garantia dos direitos, sendo preciso repensar a prática do cuidado, em busca da intersetorialidade e interdisciplinaridade, visando a redução nas taxas de desmame precoce.

Entre as limitações deste estudo podemos citar o acesso apenas a algumas bases de dados eletrônicas e a heterogeneidade metodológica dos estudos que não nos permitiu realizar análises estatísticas que conferem maior validade para os resultados discutidos.

Referências

- 1 Bergmann RL; Bergmann KE; von Weizsäcker K; Berns M; Henrich W; Dudenhausen JW. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers - a review of the scientific evidence. *J Perinat Med.* 2014; 42(1): 9-18.
- 2 Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J. Pediatr.* 2004; 80(5): s155-s62.
- 3 Valério KD; Araújo CMT; Coutinho SB. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. *Rev. CEFAC.* 2010; 12(3).
- 4 Araújo CMT; Silva GAP; Coutinho SB. A utilização da chupeta e o desenvolvimento sensório motor oral. *Rev. CEFAC.* 2009; 11(2): 261-7.
- 5 Almeida IS; Ribeiro IB; Rodrigues BMRD; Costa CCP; Freitas NS; Vargas EB. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. *Cogitare enferm.* 2010; 15(1).
- 6 Azevedo DS; Reis ACS; Freitas LV; Costa PB; Pinheiro PNC; Damasceno AKC. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Rev. Rene.* 2010; 11(2): 53-62.
- 7 Frota MA, Costa FL, Soares SD, Filho OAS, De Albuquerque CM, Cassimiro, CF. Fatores que interferem no aleitamento materno. *Rev Rene.* 2009; 10(3): 61-7.
- 8 Sampaio RF, Mancini MCR. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. Bras. Fisioter.* 2007; 11(1):83-9.
- 9 Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence based practice. In: Melnyk, B.M.; Fineout-Overholt, E. *Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 10 Greenberg RS, Daniels SR, Flanders WD, Eley JW. *Epidemiologia Clínica.* 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 11 Stephan AMS, Cavada MN, Vilela CZ. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de saúde da família no município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012; 21(3):431-8.
- 12 Oliveira JS, Joventino ES, Dolt RCM, Veras JEGLF, Ximenes LB. Fatores associados ao desmame precoce entre múltíparas. *Rev. Rene.* 2010; 11(4): 95-102.
- 13 Otenio CCM, Otenio MH, Fraga SC, Oliveira ECG, Sitta PFM, Ohira RHF, Silva NP. Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa bebê-clínica em Bandeirantes/PR. *Salusvita.* 2007; 26(2): 149-57.

- 14 Volpini CCA, Moura EC. Determinantes do desmame precoce no distrito do noroeste de Campinas. *Rev. Nutr.* 2005; 18(3): 311-9.
- 15 Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics.* 2008; 122(2).
- 16 Rosa NM, Silva EG, Atalah SE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev. Chil. Pediatr.* 2012; 83(2): 161-69.
- 17 Baptista GH, Andrade AHHKG, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região de Curitiba, PR, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 (3):596-604.
- 18 Rakhasani F, Mohammadi M. Continuation of Breastfeeding: Is This a Problem in Southeast Iran? *Breastfeeding Medicine.* 2009; 4: 1-4
- 19 Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do AME de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(5):953-65.
- 20 Baxter J, Amanda R, Cooklin AR, Smith J. Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian cohort study. *Acta Paediatrica.* 2009; 98:1274-7.
- 21 Gerd AM, Bergan S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatrica.* 2012; 101: 55-60.
- 22 Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abadallaha VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(1): 28-33.
- 23 Bercini LO, Masukawa MLT, Martins MR, Labegalini MPC, Alves NB. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. *Cienc. Cuid. Saúde.* 2007; 6(2): 404-10.
- 24 Mascarenhas MLW, Albernaz MB, Silva MB, Silveira RB. A prevalência de aleitamento materno exclusivo e seus determinantes nos primeiros 3 meses de vida no Sul do Brasil. *J. Pediatr.* 2006; 82(4): 289-94.
- 25 Silva AV, Oliveira DM, Grei EVE, Gonçalves PC, Gesteira ECR. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas: resultados e discussão. *J Health Sci.Inst.* 2009; 27(3):220-5.
- 26 Fragoso APR, Fortes R. C. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. *J. Health Sci Inst.* 2011; 29 (2):114-8.
- 27 Racine EF, Frick K, Guthrie JF, Strobino D. Individual Net-Benefit Maximization: A Model for Understanding Breastfeeding Cessation among Low-Income Women. *Matern. Child Health J.* 2009; 13: 241-49.

- 28 Frota DA, Marcolito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes. Montes Claros, MG. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(1): 85-92.
- 29 Brasileiro AA, Possobon RF, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2010; 26(9): 1705-13
- 30 De Menezes VA, Granville-Garcia AF, Silva PM, Silva RB, Falcão AL, Cavalcanti AL. Fatores associados ao desmame no município de São José dos Bezerras/PE. UFES Rev. Odonto. 2008; 10(2): 14-21.
- 31 Do Nascimento MB, Reis MAM, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJFE. Exclusive breastfeeding in southern Brazil: prevalence and associated factors. Breastfeeding Medicine. 2010; 5(2): 79-85.
- 32 Barbosa MC, Palma D, Domene SMA, Taddei JAAS, Lopez FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creche. Rev. Pau. Pediatr. 2009; 27(3): 272-81.
- 33 Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. Why are babies weaned early? Data from a prospective population based cohort study. Arch Dis Child. 2004; 88(8): 813-6.
- 34 Weiser T M Lin M, Garikapaty G, Feyerharm RW, Bensyl DM, Zhu BP. Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. Pediatrics. 2009; 124(6).
- 35 Bai DL, Wu KM, Tarrant M. Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. Journal of Midwifery & Women's Health. 2013; 58(1).
- 36 Hansselmann MH, Werneck GL, Silva CV. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008; 24(2): S341-S52.
- 37 Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Hospital amigo da criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(6): 1291-7.
- 38 Delmito MA, Silva TC, Páschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. Rev. Rene. 2010; 11(especial): 223-9.
- 39 Barros VO, Cardoso MAA; Carvalho DF, Gomes MMR, Ferraz NVA, Medeiros CCM. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr. São Paulo. 2009; 34(2): 101-14.

- 40 Zapana PM, Oliveira MN, Aguiar JÁ, Taddei C. Factores que determinan la lactancia materna en niños matriculados en jardines infantiles públicas y filantrópicas en São Paulo, Brasil. *Organo Oficial de la Sociedad Latino americana de Nutrición*. 2010; 60(4): 360-65.
- 41 Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children . *J. Pediatr. Rio Janeiro*. 2009; 85 (3): 201-8.
- 42 Saliba NA, Zina LG, Moimaz SAS, Saliba O, et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. *Rev. bras. Saúde matern. infant. Recife*. 2008;8(4):481-90.
- 43 Carvalhes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses de idade no município de Botucatu-SP, Brasil. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2007; 15 (1): 62-9.
- 44 Ramos CV, Almeida JAG, Costa ANSM, Teles JBM, Saldiva SRDM. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2008; 24(8): 1753-62.
- 45 Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do AME no primeiro mês de lactação. *J Pediatr. Rio Janeiro*. 2010; 86(5): 441-4.
- 46 Häggkvist AP, Brantsaeter AL, Grijbovski AM, Helsing E, Meltzer M, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*. 2010; 13(12): 2076–86.
- 47 Franco ALL, Lopez MSM. Factores relacionados com lactancia materna exclusiva e introduccion temprana de leche entera em comunidades de estrato socioeconômico bajo, Calarca-Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá (Colombia)*. 2010; 9(19):127-37.
- 48 Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. *Rev. Nutr. Campinas*. 2011; 24(4):553-63.
- 49 Tarrant RC, Younger KM, Pereira MS, White MJ, Kearney. Factors Associated with Duration of Breastfeeding in Ireland: Potential Areas for Improvement. *Journal of Human Lactation*. 2011; 27(3): 262-71.
- 50 Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J. Pediatr. Rio Janeiro*, 2004, 80(5): s155-s62.

- 51 Giuliani NR, Rosso N, Oliveira J, Traebert J, Santos BZ, Bosco VL. Fatores associados ao desmame precoce em mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr. João Pessoa*. 2011; 11(3): 417-23.
- 52 Carvalhes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de quatro meses de idade no município de Botucatu-SP, Brasil. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2007; 15 (1): 62-9.
- 53 Shimoda GT, Silva IA. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. *Rev. bras. enferm. Brasília*, 2010, jan./feb., 63(1):58-65..
- 54 Abreu FCP, Fabbro MRC, Wernet M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2013; 14(3): 610-9.
- 55 Santos PRM, Neves RCF. Causas mais comum do desmame precoce: Revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Educação*. 2013; 2(3): 12-3
- 56 Vaucher ALI, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. *Rev. Eletr. Enferm*. 2005; 7(2): 207-14.
- 57 Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(5): 2461-68.
- 58 Abrão ACFV, Coca KP, Pinelli FSG, Vieira E. Dificuldades no processo de amamentação. In: Barros SMO. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial*. 2nded. São Paulo: Roca; 2009.
- 59 Page T, Lockwood C, Guest, K. The management of nipple pain and/or trauma associated with breast-feeding. *jbi reports*. North Terrace, South Australia, 2009.
- 60 Filho MDS, Neto PNTG, Martins MCC. Avaliação dos problemas relacionados ao amamentação a partir do olhar da enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1): 70-5.
- 61 Moro GMB, Sartori F. Alimentação complementar de crianças em aleitamento materno. Buenos Aires. *Revista Digital*. 2010. Available from Netibrary: <<http://www.efdeportes.com/efd151/alimentacao-complementar-de-criancas-em-aleitamento.htm>>
- 62 Souza NKT, Medeiros MP, Silva MS, Cavalcanti SB, Dias RS, Valente FA. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. *Com. Ciências e Saúde. Distrito Federal. Brasília*. 2011; 22(4):231-8.
- 63 Iglesias MEL, Vázquez RR, Vallejo RBB. Papel de la abuela en la lactancia materna. *Aquichan*. 2013; 13(2): 270-9.

64Oliveira MIC, Souza IEO, Santos EM, Camacho LAB. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010 Mar; 15(2): 599-608.

65 Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde debate*. 2013 Jan./Mar; 37(96): 130-8.

66 Frota MA, Sousa RMV, Filho OAS, Barroso MGT. Diagnóstico das necessidades humanas básicas, no contexto familiar de crianças desnutridas. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(2): 198-203.

67 Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J. Pediatr. Rio Janeiro*. 2004; 80(5): s147 - s54.

4.2 RESULTADO: ESTUDO TRANSVERSAL – PARTE 1

DESAFIOS DA AMAMENTAÇÃO PARA O BINÔMIO MÃE-BEBÊ

RESUMO

Estudo transversal que teve como objetivo descrever os desafios iniciais da amamentação para o binômio mãe-bebê em uma maternidade de Hospital Universitário, no período de julho a agosto de 2014. Os principais desafios no início da amamentação foram: 87,7% dos recém-nascidos não mamaram na primeira hora de vida, 67,1% apresentou pega inadequada e 67,1% reflexo de sucção insatisfatório. Concluiu-se que esses resultados podem contribuir para a ampliação do conhecimento acerca dos desafios iniciais do processo de amamentar; e também ajudar aos profissionais de saúde na sua prática clínica, possibilitando maior foco nesses aspectos, bem como melhorar a assistência de enfermagem prestada à mulher e à criança em amamentação.

DESCRITORES: Aleitamento materno; Comportamento Materno; Fatores de Risco; Lactação, Recém-nascido.

INTRODUÇÃO

A amamentação constitui um processo que envolve interação entre mãe e bebê, com implicações no estado nutricional, fisiológico, imunológico e no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança e, ainda, com repercussões na saúde psíquica e física da mãe⁽¹⁾.

Apesar dos avanços nos índices de amamentação exclusiva no mundo e de suas diversas vantagens, ainda há vários fatores que contribuem para o insucesso ou interrupção da amamentação, levando ao desmame precoce. Dentre os problemas mais comuns observa-se o ingurgitamento mamário, os traumas/dores mamilares, e as dificuldades do recém-nascido em manter uma pega adequada devido às disfunções orais⁽²⁻³⁾.

As alterações orais no bebê estão relacionadas ao sistema sensorio motor oral, que mesmo com prevalência baixa na população geral, quando presentes, interferem negativamente na amamentação, fazendo com que, em alguns casos, a criança venha a recusar o peito ou não se satisfaça com o leite materno por não conseguir sugar adequadamente⁽⁴⁻⁵⁾.

O conhecimento das dificuldades iniciais da amamentação é fundamental para que a mulher tenha melhores condições para exercer essa prática e para os profissionais de saúde desempenharem as ações de apoio recomendadas. Assim, este estudo teve como objetivo descrever os desafios iniciais da amamentação para o binômio mãe-bebê.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com puérperas e recém-nascidos internados na maternidade de um hospital universitário. Os critérios de exclusão foram: puérperas que possuíam história pessoal ou familiar de doença psiquiátrica; que não puderam amamentar por doença infectocontagiosa; eram usuárias de drogas ilícitas; e que não residiam na Grande Vitória/ES. O formulário de coleta de dados foi organizado em cinco seções: 1) dados de caracterização da mãe; 2) avaliação clínica das mamas; 3) avaliação da mamada; 4) dados de caracterização do recém-nascido; e 5) atitudes e/ou comportamento da amamentação. Os dados foram obtidos mediante entrevista; consulta aos prontuários; exame físico; e observação clínica do binômio durante a mamada até 48 (quarenta e oito) horas após o nascimento. Com o objetivo de reduzir o viés de aferição, os dados foram coletados juntamente com duas acadêmicas de enfermagem do 7º período do curso de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e pela autora do estudo, após o treinamento e a aplicação de duas avaliações. O treinamento teve duração total de 10 horas e o instrumento foi submetido a um teste piloto, realizado com dez binômios mãe/bebê. A coleta de dados foi realizada no período de 01 de julho a 30 de agosto de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFES, sob nº 695.734, em 25/06/2014. Os dados foram compilados no *software Excel (2007)*, analisados estatisticamente pelo programa SPSS versão 19.0 for Windows®.

RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 73 binômios mãe/bebê no alojamento conjunto em relação à amamentação. Na Tabela 1 estão apresentados o perfil sociodemográfico e clínico dessas puérperas.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas segundo o perfil sociodemográfico e clínico. Vitória, 2015.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
Até 34 anos	58	79,5
35 anos ou mais	15	20,5
Estado civil		
Com companheiro	27	37,0
Sem companheiro	46	63,0
Escolaridade		
Até 8 anos de estudo	21	28,8
Mais que 8 anos de estudo	52	71,2
Renda familiar		
Menor que 2 salários mínimos	47	64,4
2 a 3 salários mínimos	11	15,1
Maior que 3 salários mínimos	9	12,3
Não informado	6	8,2
Trabalho materno		
Sim	38	52,1
Não	35	47,9
Uso álcool		
Sim	6	8,2
Não	67	91,8
Uso cigarro		
Sim	7	9,6
Não	66	90,4
Uso cigarro na gestação		
Sim	7	9,6
Não	66	91,8
Uso de álcool na gestação		
Sim	3	4,1
Não	70	95,9
Doença atual		
Sim	39	53,4
Não	34	46,6
Tipo doença atual		
DHEG	5	12,8
Diabetes	9	23,1
DHEG + Diabetes	10	25,6
Hemofilia	1	2,6
Hipotireoidismo	5	12,8
Outras	9	23,1
Número de gestações		
Primípara	26	35,6
Multípara	47	64,4
Anestesia		
Sim	36	49,3

Não	37	50,7
Tipo anestesia		
Peridural	3	8,6
Raquidiana	30	85,7
Geral	1	2,9
Peridural+ Raquidiana	1	2,9
Tipo de parto		
Normal	37	50,7
Cesáreo	36	49,3
Fez pré-natal		
Sim	71	97,3
Não	2	2,7
Número de consultas pré-natal		
Até 6 consultas	23	32,9
7 ou mais	47	67,1
Tamanho das mamas		
Normal	13	17,8
Hipertrófica	60	82,2
Condição da mama		
Flácida	50	68,5
Túrgida	23	31,5
Tipo de mamilo		
Protuso	69	94,5
Hipertrófico	4	5,5
Integridade do mamilo		
Íntegro	48	65,8
Trauma mamilar	25	34,2
Sente dor ou ardência pós mamada		
Sim	25	34,2
Não	48	65,8
Postura corporal mãe-bebê adequada		
Sim	40	54,8
Não	33	45,2
Total	73	100,0

Os dados sociodemográficos da amostra (Tabela 1) revelam que a maioria das puérperas está na faixa etária até 34 anos (79,5%), não possuía companheiro (63%) e tinha mais de oito anos de escolaridade (71,2%). Das entrevistadas, 52,1% trabalhavam e 64,4% possuíam renda familiar menor que dois salários mínimos.

A minoria, 6,0% fazia uso de álcool e 7,0% de cigarro regularmente e, no decorrer da gestação, apenas 4,1% das que usavam álcool continuaram consumindo e todas permaneceram fumando na gravidez (7,0%). Em relação à presença de doenças, 53,4% tinham doença atual durante a gestação e os tipos de doenças mais prevalentes foram: 25,6%

de mulheres com diabetes mellitus gestacional (DMG) somada a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), 23,1% tinham apenas DMG e 12,8% somente DHEG.

Grande parte dessas mulheres fez pré-natal (97,3%), sendo que 67,1% realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. No que se refere ao tipo de parto, 50,7% tiveram parto vaginal e 49,3% foram submetidas ao parto cesáreo e, destas, 85,7% receberam anestesia do tipo raquidiana. Quanto ao número de gestações, 64,4% eram múltíparas, tinham 2 filhos ou mais.

Quanto ao tamanho das mamas, a maioria das mulheres tinha mamas hipertróficas (82,2%) e 94,5% possuíam mamilos protusos. A grande maioria dessas mamas apresentavam-se flácidas 68,5%. Em relação à integridade do mamilo, 65,8% dos mamilos estavam íntegros e não apresentavam dor ou ardência após a mamada. Em 54,8%, a postura corporal mãe-bebê durante a mamada estava adequada. Não foram encontradas na amostra mulheres com mamilos tipo semi-protuso, invertido e pseudoinvertido; como também nenhuma puérpera com mamas ingurgitadas ou com mastite.

Na Tabela 2, estão apresentados os dados dos recém-nascidos segundo o perfil sociodemográfico e clínico.

Tabela 2 - Distribuição dos recém-nascidos de acordo com o perfil sociodemográfico e clínico. Vitória, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo do recém-nascido		
Feminino	43	58,9
Masculino	30	41,1
Classificação de acordo com a idade gestacional		
Prematuro	7	9,6
A termo	66	90,4
Recém-nascido mamou na primeira hora de vida		
Sim	9	12,3
Não	64	87,7
Lactente recebe alimentação suplementar		
Sim	22	30,1
Não	51	69,9
Como foi ofertada alimentação suplementar		
Copinho	14	63,7
Translactação	4	18,2
Finger	4	18,2
Tipo de Amamentação		
Amamentação exclusiva	51	69,9

Amamentação complementar	22	30,1
Pega inadequada do RN		
Sim	49	67,1
Não	24	32,9
Reflexo de sucção insatisfatório do RN		
Sim	49	67,1
Não	24	32,9
Total	73	100,0

Conforme apresentado na Tabela 2, a maioria dos recém-nascidos era do sexo feminino (58,9%), eram a termo (nasceram com mais de 37 semanas de gestação) (90,4%) e não mamaram na primeira hora de vida (87,7%). Em relação à alimentação suplementar, 30,1% recebeu outro tipo de leite e, destes, 63,7% por meio de copinho. O tipo de amamentação predominante nessa população foi amamentação exclusiva (69,9%). A pega durante a amamentação foi inadequada em 67,1% e o reflexo de sucção foi insatisfatório em 67,1% dos recém-nascidos.

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico e clínico, as mulheres apresentaram idade média de 27 anos, sendo a mínima de 15 e a máxima de 47 anos, resultado que concorda com os achados, nos quais a média da idade encontrada nas puérperas foi de 23,8 anos e variou de 13 a 41 anos⁽⁶⁾. Estudos mostram que a idade materna está relacionada à maior duração da amamentação exclusiva. Quando comparadas às mulheres mais jovens, as mães com mais idade mantêm a prática por mais tempo⁽⁷⁾. Pesquisas descrevem que mães adolescentes frequentemente alcançam um índice menor de amamentação tendo risco maior de desmame precocemente seus filhos, pois apresentam insegurança e ausência de confiança em si mesmas, além de imaturidade e dificuldades com a autoimagem⁽⁸⁻⁹⁾.

Quanto à presença de parceiro, 63% das mulheres não tinham companheiro. Estudo de coorte prospectiva de bebês nascidos na cidade de Pelotas verifica que o fato de a mãe não viver com o companheiro, a menor escolaridade paterna e a falta de participação do pai na amamentação foram variáveis associadas ao desmame precoce⁽¹⁰⁾. Por outro lado, há autores que afirmam existir interferência positiva da presença do parceiro na prática da amamentação⁽¹¹⁻¹²⁾. O

sucesso no aleitamento materno estava relacionado à estabilidade conjugal dos pais, isto é, mães casadas tinham maiores chances de iniciar e continuar a amamentação⁽¹³⁾.

Neste estudo, encontrou-se que 71,2% das mulheres estudaram mais que oito anos e 52,1% trabalhavam. Diferente do observado, pesquisa em maternidade de alto risco em município do Espírito Santo verificou que 47,4% das puérperas tinham menos de quatro anos de estudo e 64,5% não trabalhavam⁽¹⁴⁾.

A escolaridade materna é identificada como importante fator associado ao aleitamento materno, e a baixa escolaridade é considerada fator de risco obstétrico pelo Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾. Este fator também pode afetar a motivação materna para a amamentação, pois mães com mais anos de estudo tendem a amamentar por mais tempo, talvez pela possibilidade de maior acesso às informações a respeito de suas vantagens e benefícios⁽¹⁶⁾.

No que se refere ao tipo de parto houve uma semelhança entre o percentual de parto vaginal e cesáreo e 64,4% eram multíparas, tinham dois filhos ou mais. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa em que também constatou-se uma similaridade entre os tipos de parto, com 51,3% de vaginal e 48,7% de cesáreo⁽¹⁴⁾. Em estudo realizado em maternidade pública, em Fortaleza, Ceará, verificou-se que 48,1% das mulheres tinham dois filhos ou mais⁽¹⁷⁾.

O parto cesáreo dificulta tanto a ida para o alojamento conjunto quanto o início precoce do aleitamento materno. Essas nutrizes possuem mais dificuldades para amamentar devido ao mau posicionamento ou por falta de envolvimento afetivo. Além disso, o parto operatório retarda ou dificulta as primeiras mamadas por modificar as respostas endócrinas da mulher e da criança depois do parto, indicando que o ato cirúrgico provoca sonolência e dor e o uso de analgésicos altera a interação do binômio mãe-bebê, atrapalhando assim o primeiro contato entre eles, gerando um retardo para o vínculo afetivo⁽²²⁻²³⁾.

Por outro lado, o parto normal estabelece um contato íntimo entre a criança e a mãe logo após o nascimento, possibilitando a amamentação na primeira hora de vida. Esses fatores favorecem um maior sucesso na prática da amamentação; sendo recomendados pela Organização Mundial de Saúde e são considerados componentes fundamentais na promoção, proteção e suporte do aleitamento materno e devem ser implementados como prática hospitalar de rotina em todos os países a fim de reduzir a mortalidade neonatal⁽¹⁾.

Com relação à paridade, os estudos analisados evidenciam que as mães múltiparas mantêm a amamentação por um período maior⁽²⁰⁻²¹⁾. Em concordância, alguns autores afirmam que as mulheres desmamam precocemente os primogênitos e mantêm a amamentação mais prolongada quanto maior o número de filhos⁽²²⁻²³⁾.

Na população estudada, a quase totalidade das mulheres fez pré-natal (97,3%), sendo que 67,1% realizaram 7 ou mais consultas. Em estudo realizado, verificou-se que 95,28% das mulheres fizeram pré-natal e, destas, 48,9% fizeram 7 ou mais consultas⁽²⁴⁾.

O acompanhamento das consultas de pré-natal também favorece a autoeficácia e a prática da amamentação, pois esse seguimento beneficia a preparação da mulher e de sua família para a amamentação⁽²⁵⁾. Assim, o pré-natal contribui para o sucesso da amamentação e elas devem ser esclarecidas dos benefícios da sua prática, bem como das desvantagens do uso de outros leites, bem como a orientação para as técnicas de amamentação, a fim de dar mais confiança e habilidade a essa mulher.

Verificamos em nosso estudo que 82,2% das mulheres tinham mamas hipertróficas e, destas, 94,5% possuíam mamilos protusos. A grande maioria dessas mamas apresentava-se flácida (68,5%), 65,8% dos mamilos apresentavam-se íntegros e 65,8% dessas mães não sentiam dor ou ardência após a mamada. Em 54,8%, verificou-se que tinham postura corporal (mãe-bebê) adequada durante a mamada. Dados diferentes foram encontrados em um estudo que verificou que 76,7% mulheres tinham mamas flácidas, 28,3% mamilos protusos e 13,5% das puérperas que não referiram dor mamilar⁽²⁶⁾.

Quanto à conformação anatômica dos mamilos, para as puérperas com mamilos não protusos pode haver dificuldade do neonato em apreender a região mamilo areolar adequadamente, principalmente quando o local não é macio e flexível⁽²⁶⁾. Essa dificuldade torna-se mais acentuada nos casos de mamilos anômalos, ou seja, umbilicados e semiumbilicados, que não são encontrados frequentemente⁽²⁷⁾. No entanto, para as puérperas deste estudo, o tipo de mamilo observado foi protuso e não esteve associado à lesão.

Em relação ao perfil clínico dos recém-nascidos houve prevalência do sexo feminino (58,9%) e 90,4% eram a termo, 87,7% destes não mamaram na primeira hora de vida, 30,1% receberam alimentação suplementar, sendo que, destes, 63,7% foi por meio do copinho e, ainda assim, 69,9% estavam em amamentação exclusiva. Outro estudo encontrou achados

semelhantes aos nossos, onde 16,1% dos bebês foram amamentados na primeira hora de vida⁽¹⁾.

A amamentação na primeira hora é um tema de extrema importância social, já que a ação estimula a produção do leite, a contratatura do útero (reduzindo o risco de sangramento intenso) e a eliminação do mecônio. Nessa primeira hora de vida, o reflexo de sucção do bebê é mais intenso e eficaz e contribui para estabelecer uma “pega” adequada. Além disso, amamentar na primeira hora pós-parto é um grande passo que garante uma relação de amamentação de sucesso e a proteção imunológica que o bebê necessita assim que “nasce”, além de evitar vários tipos de doenças⁽²⁸⁾. Essa prática pode diminuir a mortalidade neonatal, pois quanto mais se protela o início da amamentação, maior são as chances de óbitos neonatais causados por infecções⁽¹⁾.

A realização de parto cesáreo constitui um dos principais fatores de risco para oferta de outros líquidos ao neonato, estando também relacionado às dificuldades no início da amamentação⁽²⁹⁾. Estudos mostram que o choro e a fome da criança são, para as mães, determinantes para a alimentação complementar antes de concluir os 6 meses. O choro associado à fome é sustentado pela cultura, em decorrência dos problemas relacionados à produção/qualidade do leite^(7,30).

Além disso, sob o de vista nutricional, a introdução precoce de alimentos pode ser desvantajosa, pois estes, além de substituir parte do leite materno, muitas vezes são nutricionalmente inferiores, impedindo a absorção de ferro e zinco. Pesquisadores também têm associado a introdução precoce de alimentação complementar ao desenvolvimento de doenças atópicas, como a asma. A amamentação exclusiva parece proteger ainda contra o diabetes mellitus tipo I e a obesidade⁽³¹⁻³²⁾.

Quanto à pega inadequada e ao reflexo de sucção insatisfatório do recém-nascido, isso pode acontecer porque o bebê não está bem posicionado, não abre a boca suficientemente ou, ainda, a criança pode não pegar adequadamente o peito porque eles estão muito tensos, ingurgitados, ou os mamilos são invertidos ou planos⁽³³⁾. Estudo verificou que 11,9% dos lactentes eram sonolentos, 4,9% não abocanharam com facilidade a mama e 2,4% não tinham sugadas fortes. Os demais não apresentaram dificuldades para mamar (80,8%)⁽³⁴⁾.

Coorte realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre detectou altas frequências de parâmetros indicativos de técnica inadequada de amamentação relacionadas ao

posicionamento mãe/bebê e à pega do bebê. Os parâmetros desfavoráveis mais frequentes ocorridos em mais da metade das duplas foram cabeça e tronco do bebê não alinhados e pega não simétrica. Este último comportamento ocorreu em quase totalidade da amostra; além de altas incidências de lesões mamilares (43,6%)⁽²⁾.

CONCLUSÃO

Como resultado, este estudo verificou que os principais desafios no início da amamentação foram: 87,7% dos recém-nascidos não mamaram na primeira hora de vida, 67,1% apresentou pega inadequada e 67,1% reflexo de sucção insatisfatório.

Quanto às características das puérperas: a média de idade foi de 27 anos; 63% não possuía companheiro; 71,2% tinha mais de oito anos de estudo; 52,1% trabalhava; 64,4% tinha renda familiar menor que dois salários mínimos; 97,3% fez pré-natal; 67,1% realizou sete ou mais consultas de pré-natal; 64,4% era multíparas; 82,2% possuía mamas hipertróficas e 68,5% flácidas; 94,5% tinha os mamilos protusos e 65,8% mamilos íntegros; 65,8% não apresentava dor ou ardência após a mamada. Em relação aos recém-nascidos, houve predomínio do sexo feminino (58,9%) e 90,4% nasceu com mais de 37 semanas de gestação.

Há necessidade de se avaliar o binômio mãe-bebê precocemente e fornecer informações para a mulher acerca da amamentação, tais como: produção e composição do leite; a técnica de amamentação (posições e pega correta); benefícios para a saúde da mãe e do bebê; bem como orientar quanto às dificuldades precoces mais comumente encontradas na prática de amamentação.

Acredita-se que os resultados possam contribuir para a ampliação do conhecimento acerca dos desafios iniciais para o processo de amamentar, e também ajudar aos profissionais de saúde na sua prática clínica possibilitando maior foco nesses aspectos, bem como melhorar a assistência de enfermagem prestada à mulher e à criança em amamentação.

REFERÊNCIAS

1- Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MI, Perez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. J Pediatr Rio Janeiro, 2013; 89:131-6.

2. Weigert ERJ, Giugliani ERJ, França MCT, Oliveira LD, Bonilha A, Espírito Santo LC, Köhler CVF. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J. Pediatr. Rio de Janeiro*. 2005; 81(4): 310-6.
3. Fujimori E, Nakamura E, Gomes MM, Jesus LA, Rezende MA. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Interface*. [Internet] 2010;14(33) [acesso em 14 jan 2014]. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200007>>
4. Neiva FCB. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. *Pediatria*. 2000; 22(3): 264-70.
5. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J. Pediatr. Rio Janeiro*, 2004, 80(5): s155-s62.
6. Gonçalves MLC, Silva HO, Oliveira TA, Rodrigues LV, Campos ALA. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no Município de Iguatu-CE. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012 abr-jun; 25(2 Supl): 33-39.
7. Baptista GH, Andrade AHHKG, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região de Curitiba, PR, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3): 596-604.
8. Camarotti CM, Nakano AMS, Pereira CR, Medeiros CP, Monteiro JCS. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(1): 55-60.
9. Lima APE, Javorski M, Amorim RJM, Oliveira SC, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes *Rev. bras. enferm*. 2014 nov-dez; 67(6).
10. Silva PP, Silveira RB, Mascarenhas MAW, Silva MB, Kaufmann CC, Albernaz EP. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Rev. paul. Pediatr*. 2012 sep; 30(3).
11. Silva BT, Santiago LB, Lamonier JA. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30 (1):122-30.
12. Morgado CMC, Werneck GL, Hasselmann MH. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(2): 367-76.
13. Paula AO, Sartori AL, Martins CA. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. *Rev. Eletr. Enf*. [Internet]. 2010; 12(3):464-70. Available from: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6929>>.

14. Leite FMC, Amorim MHC, Nunes GF, Soares MFS, Sabino NQ. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco no município da Serra, ES. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2009; 11(1): 22-6.
15. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012 apr ; 28(4): 641-50.
16. Sampaio MA, Falbo AR, Camarotti FPMC, VasconcelosMGL, Lima EG, Ramos FFMRP, Prado JVZ. Psicodinâmica interativa mãe-criança e desmame. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2010; 26(4): 613-21.
17. Veríssimo OMI, Andrade BMG, Bezerra Filho JG, Carvalho ORM, Gonçalves FPF. Puérperas com vírus humano da imunodeficiência positivo (HIV+) e as condições de seus recém-nascidos. *Cogitare Enferm*. 2013 abr-jun; 18(2): 344-50.
18. Narchi NZ, Fernandez RAQ, Dias LA, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1): 87-94
19. Ferreira HS, Vieira EDF, Junior CRC, Queiroz MDR. Aleitamento materno por trinta dias ou mais é fator de proteção contra sobrepeso em pré-escolares da região semiárida de alagoas. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(1):74-80.
20. Barge S, Carvalho M. Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. *Rev Port Clin Geral*. Lisboa. 2011 nov; 27(6): 518-25.
21. Fonseca-Machado MO, Pereira BDM, Dias FA, Costa NS, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Caracterização de nutrizes doadoras de um banco de leite humano. *Cienc Cuid Saude*. 2013 jul-set; 12(3):529-38.
22. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abadallaha VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(1): 28-33.
23. Abreu FCP, Fabbro MRC, Wernet M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2013; 14(3): 610-9.
24. Primo CC, Amorim MHC, Castro DS. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. *Rev. Enferm UERJ*. 2007 abr-jun; 15(2):161-7.
25. Delmito MO, Bercine LO, Rossi RM. Uso da chupeta e Aleitamento Materno Exclusivo. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2013; 17(2): 271-76.
26. Shimoda GT, Aragaki IMM, Sousa CA; Silva IS. Associação entre persistência de lesão de mamilos e condições de aleitamento materno. *Rev Min Enferm*. 2014; jan-mar, 18(1): 68-74.

27. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J. Pediatr.* 2004; 80(5): s147 - s154.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 23).
29. Belintxon-Martín M, Zaragüeta MC, Adrián MC, López-Dicastillo O. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas Initiating breastfeeding: experiences of first-time mothers. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011 sep-dec; 34(3).
30. Zapana PM, Oliveira MN, Aguiar JÁ, Taddei C. Factores que determinan la lactancia materna en niños matriculados en Jardines Infantiles públicas y filantrópicas en São Paulo, Brasil. *Organo Oficial de la Sociedad Latino americana de Nutrición.* 2010; 60(4): 360-5.
31. Tarrant RC, Youngeri KM, Pereira MS, White MJ, Kearney. Factors Associated with Duration of Breastfeeding in Ireland: Potential Areas for Improvement. *Journal of Human Lactation.* 2011; 27(3): 262-71.
32. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(5): 2461-68.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4v.:il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
34. Benedett A, Silva IA, Ferraz L, Oliveira P, Fragoso E, Ourique J. A dor e desconforto na prática do aleitamento materno. *Cogitare enferm.* [online]. 2014; 19(1): 136-40).

4.3 RESULTADO: ESTUDO TRANSVERSAL – PARTE 2

AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO INEFICAZ

RESUMO

Estudo transversal com objetivo de descrever as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz”, desenvolvido com 73 binômios mãe-filho internados na Maternidade do Hospital Universitário no período de julho a agosto de 2014. O diagnóstico esteve presente em 58,9% da amostra. As características definidoras que apresentaram forte associação com o diagnóstico foram: descontinuidade de sucção da mama; esvaziamento insuficiente da mama, suprimento de leite inadequado percebido; resistência do lactente em apreender a região aréolo-mamilar com a boca; ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina; e lactente chora ao ser posto na mama. Os fatores relacionados com forte associação foram: reflexo de sucção do lactente insatisfatório; e ansiedade materna. Concluiu-se que a presença e o número de características definidoras influenciam no diagnóstico de amamentação ineficaz.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem, Aleitamento materno, Desmame, Classificação.

INTRODUÇÃO

A prática assistencial da enfermagem envolve inúmeras ações, dentre as quais podemos destacar a produção de conhecimentos que fundamentam essa prática, bem como o aumento das demandas de saúde pelos indivíduos e pela sociedade, o que determina aos enfermeiros a necessidade de desenvolverem habilidades e competências para responderem a essas exigências⁽¹⁾.

Para tanto, faz-se necessária a incorporação de novas tecnologias pelos profissionais de enfermagem no processo de cuidar, para transformar o objeto e alcançar a finalidade do seu trabalho e, desse modo, pode-se destacar o diagnóstico de enfermagem que vem produzindo mudanças gradativas nos cuidados prestados pelo enfermeiro⁽²⁻³⁾.

O diagnóstico de enfermagem é um método de raciocínio, avaliação e julgamento, que necessita de um processo cognitivo e de habilidades intelectuais, além de vivência prática e conhecimento científico. Ele é baseado na obtenção de sinais e sintomas e na análise de fatores relacionados com o problema, que pode ocorrer tanto com o cliente, como com a família ou a comunidade⁽⁴⁾.

Dentre os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem, destaca-se a taxonomia North American Nurses Diagnosis Association Internacional (NANDA-I), que é um dos mais aplicados e utilizados mundialmente, uma vez que possui uma linguagem uniformizada, padronizada, para ser utilizada no processo e no raciocínio e julgamento clínico acerca dos problemas de saúde ou dos processos vitais⁽⁵⁾.

As especificidades dos cuidados durante o processo de amamentação tornam o atendimento complexo, revelando a necessidade de planejamento da assistência de enfermagem ao binômio mãe/bebê para promover e apoiar a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida⁽⁶⁾.

Considerando os benefícios da amamentação e sua importância como estratégia para a diminuição da morbimortalidade infantil e nos índices de desmame precoce, o objetivo deste estudo foi descrever as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz”; examinar a associação entre perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das puérperas, entre as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” da NANDA-I.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com puérperas e recém-nascidos internados na maternidade de um hospital universitário. Os critérios de exclusão foram: puérperas que possuíam história pessoal ou familiar de doença psiquiátrica; que não puderam amamentar por doença infectocontagiosa; eram usuárias de drogas ilícitas; e que não residiam na Grande Vitória/ES. O formulário de coleta de dados foi desenvolvido para identificar as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico “amamentação ineficaz” conforme a NANDA-I, 2012-2014. As variáveis foram organizadas em cinco seções: 1) dados de caracterização da mãe; 2) avaliação clínica das mamas; 3) avaliação da mamada; 4) dados de caracterização do recém-nascido; 5) atitudes e/ou comportamentos da amamentação. Os dados foram obtidos mediante entrevista; consulta aos prontuários; exame físico; e observação clínica do binômio durante a mamada até 48 (quarenta e oito) horas após o nascimento. Com o objetivo de reduzir o viés de aferição, os dados foram coletados juntamente com duas

acadêmicas de enfermagem do 7º período do curso de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e pela autora do estudo, após treinamento e aplicação de duas avaliações. O treinamento teve duração total de 10 horas e o instrumento foi submetido a um teste piloto, realizado com dez binômios mãe/bebê. A coleta de dados foi realizada no período de 01 de julho a 30 de agosto de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFES, sob nº 695.734, em 25/06/2014.

Os dados foram compilados no *software Excel (2007)*, analisados estatisticamente pelo programa SPSS versão 19.0 for Windows® e para avaliação das associações foram realizados os testes qui-quadrado, Exato de Fisher e Razão da Máxima Verossimilhança.

RESULTADOS

Neste estudo, foram avaliados 73 binômios mãe/bebê no alojamento conjunto em relação à amamentação. A maioria das puérperas tinha até 34 anos (79,5%), 63% não possuía companheiro e 71,2% tinha mais de oito anos de escolaridade. Quanto aos recém-nascidos, 58,9% era do sexo feminino e 90,4% a termo (nasceram com mais de 37 semanas de gestação). Para avaliação do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” investigou-se a frequência das características definidoras desse diagnóstico (Tabela 1) e, após análise, verificou-se que esse diagnóstico esteve presente em 58,9% dos binômios.

Tabela 1. Distribuição da frequência das características definidoras relacionadas ao diagnóstico de enfermagem: “amamentação ineficaz”. Vitória, 2015.

Variáveis	Geral	
	n	%
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina		
Sim	28	38,4
Não	45	61,6
Descontinuidade da sucção da mama		
Sim	25	34,2
Não	48	65,8
Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação		
Sim	5	6,8
Não	68	93,2
Incapacidade do lactente de apreender a região aréolo-mamilar corretamente		
Sim	49	67,1
Não	24	32,9
Lactente chora ao ser posto na mama		

Sim	13	17,8
Não	60	82,2
Lactente chora na primeira hora após a amamentação		
Sim	16	21,9
Não	57	78,1
Lactente exhibe agitação na primeira hora após a amamentação		
Sim	11	15,1
Não	62	84,9
Lactente se arqueia na mama		
Sim	6	8,2
Não	67	91,8
Oportunidade insuficiente de sugar a mama		
Sim	11	15,1
Não	62	84,9
Resistência do lactente em apreender a região mamilar com a boca		
Sim	14	19,2
Não	59	80,8
Suprimento de leite inadequado percebido		
Sim	36	49,3
Não	37	50,7

Conforme observado na Tabela 1, apenas a característica definidora “incapacidade do lactente de apreender a região aréolo-mamilar corretamente” esteve presente em grande parte da amostra (67,1%).

A característica definidora “suprimento de leite inadequado percebido” ocorreu em 49,3%; “sinais observáveis de liberação de ocitocina” esteve presente em 38,4%; “descontinuidade da sucção na mama” apareceu em 34,2% da amostra; e “lactente chora na primeira hora após a amamentação” teve 21,9%.

Seis características definidoras estiveram presentes em menos de 20% da amostra: “resistência do lactente em apreender a região mamilar com a boca”, com 19,2%; “lactente chora ao ser posto na mama”, com 17,8%; “lactente exhibe agitação na primeira hora após a amamentação”, com 15,1%; “oportunidade insuficiente de sugar a mama”, com 15,1%; “lactente se arqueia na mama”, com 8,2%; “esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação”, com 6,8%. Na Tabela 2, a frequência dos fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” é apresentada.

Tabela 2. Distribuição da frequência dos fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem: “amamentação ineficaz”. Vitória, 2015.

Variáveis	Geral	
	n	%
FATORES RELACIONADOS		
Ansiedade materna		
Sim	13	17,8
Não	60	82,2
Cirurgia prévia na mama		
Sim	2	2,7
Não	71	97,3
Não teve orientação no pré-natal/déficit conhecimento		
Não	14	19,2
Sim	59	80,8
Família/parceiro oferece apoio		
Sim	65	89,0
Não	8	11,0
História prévia de fracasso na amamentação		
Sim	14	19,2
Não	59	80,8
Lactente recebe alimentação suplementar		
Sim	22	30,1
Não	51	69,9
Classificação de acordo com a idade gestacional		
Prematuro	7	9,6
A termo	66	90,4
Reflexo de sucção insatisfatório do lactente		
Sim	49	67,1
Não	24	32,9
Total	73	100,0

De acordo com a Tabela 2, verifica-se que, em relação à presença dos fatores relacionados ao diagnóstico de amamentação ineficaz, apenas “reflexo de sucção insatisfatório do lactente” esteve presente em mais da metade da amostra, com 67,1%.

“Alimentação complementar” esteve presente em 30,1% da amostra. Cinco fatores relacionados apareceram em menos de 20% da amostra: 19,2%, “história prévia de fracasso na amamentação”; 17,8%, “ansiedade materna”; 11%, “família/parceiro não oferece apoio”; 9,6%, “prematividade”; e 2,7%, “cirurgia prévia na mama”.

Para mensurar a magnitude da relação entre as variáveis sociodemográficas das puérperas e clínicas dos recém-nascidos com o diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz”, utilizou-se os testes qui-quadrado, teste exato de Fisher e razão da máxima

verossimilhança (APENDICE C; D). A escolaridade materna ($p=0,001$) foi a única variável que apresentou associação estatística significativa com o diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz”.

Ao analisar a relação do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” e as características definidoras, foram identificadas associação fortemente significativa entre a descontinuidade de sucção da mama ($p = 0,000$), esvaziamento insuficiente da mama ($p = 0,000$), suprimento de leite inadequado percebido ($p = 0,000$), resistência do lactente em apreender a região aréolo-mamilar com a boca ($p = 0,001$), ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina ($p = 0,007$) e lactente chora ao ser posto na mama ($p = 0,007$).

Já para os fatores relacionados, “reflexo de sucção insatisfatório do lactente” ($p = 0,000$) e “ansiedade materna” ($p = 0,038$) apresentaram associação significativa forte com o diagnóstico em estudo.

DISCUSSÃO

Os achados confirmam a presença de características definidoras relacionadas ao diagnóstico de amamentação ineficaz de NANDA-Internacional. Neste estudo, utilizamos como critério para diagnosticar a amamentação ineficaz, quando presente, três ou mais características definidoras. Corroborando com essa proposta, pesquisa avaliando as características definidoras do diagnóstico “resposta disfuncional do desmame ventilatório”, como indicadores de acurácia das tentativas de desmame, verificou que a presença de 3,5 características definidoras eram mais assertivas de sucesso do desmame⁽⁷⁾. Diferente desse critério, outro estudo sobre amamentação ineficaz considerou a presença de uma ou mais características definidoras para estabelecer o diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz⁽⁸⁾.

Pesquisa sobre esse diagnóstico constatou que 64% das mulheres amamentavam de forma ineficaz e entre as características definidoras mais encontradas foram: “persistência de mamilos doloridos”; “criança se arqueia e chora no peito”; “suprimento de leite inadequado”; “resistência para prender-se ao peito materno”; e “sinais de ingestão inadequada da criança”; e, dentre os fatores relacionados, destacam-se: “criança recebe alimentação na mamadeira”; “ansiedade materna”; e “emprego materno”⁽⁹⁾. Outro estudo, desenvolvido no nordeste do Brasil para identificação e validação clínica desse diagnóstico apontou que as principais características definidoras foram: “processo de amamentação insatisfatório”; “falta de manutenção da sucção da mama”; e “ferimento do mamilo na primeira semana”⁽¹⁰⁾.

Em uma Unidade Básica de Saúde, pesquisa sobre o diagnóstico de amamentação ineficaz encontrou uma prevalência desse diagnóstico de 84,21% das nutrizes. Entretanto, há dificuldades na comparação com esses achados, pelo fato dessa pesquisa ter se baseado na presença de pelo menos uma das características definidoras maiores usadas no processo de Carpenito-Moyet. Dentre as características definidoras mais encontradas destacam-se: 82,1%, “bebê resiste ao peio”, 71,6%, “dificuldades na saída do leite”; 68,4%, “o mamilo continua dolorido na primeira semana após a amamentação”, 66,3%, “leite materno não é suficiente para saciar o bebê”, 60%, “a nutriz deixa o bebê esvaziar o seio completamente durante a mamada”; e os fatores relacionados: 70%, “ansiedade da nutriz com a amamentação”, 51,4%, “a nutriz está fadigada/cansada com a amamentação”⁽¹¹⁾.

Pode-se constatar que as características definidoras do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” foram: “esvaziamento insuficiente da mama”; “descontinuidade de sucção da mama”; “suprimento de leite inadequado percebido”; “resistência do lactente em apreender a região aréolo-mamilar com a boca”; “incapacidade de apreender a região aréolo-mamilar”; “ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina”; e “lactente chora ao ser posto na mama” apresentaram associação fortemente significativa com o diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz”.

Em relação à característica definidora “esvaziamento insuficiente da mama” ou “estase láctea”, que esteve presente em 6,8% da amostra, esta pode estar associada à prensão e posicionamento mãe-filho incorretos, a problemas na ejeção láctea, a mamilos malformados ou traumatizados, à obstrução de ductos, ao uso de suplementos, à prematuridade, e à fatores emocionais, atuando como bloqueadores do reflexo hipófise-mama⁽¹²⁾.

No que diz respeito à característica definidora “incapacidade do lactente em apreender a região aréolo-mamilar com a boca”, presente em 19,2% da amostra, entende-se que a retirada do leite é feita pela língua, graças a um movimento peristáltico rítmico da ponta da língua para trás, que comprime suavemente o mamilo⁽¹³⁾, como consequência, pode haver uma resistência do lactente em apreender a região aréolo-mamilar com a boca, característica presente em 32,6% de nossa amostra. Entre os fatores que contribuem para essas duas características encontram-se: a dificuldade de prensão do mamilo devido à prematuridade, o baixo peso, a disfunção oral ou ainda a hipoglicemia que torna a criança excessivamente sonolenta⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O reflexo de sucção insatisfatório foi o fator relacionado que teve associação significativa com o diagnóstico de amamentação ineficaz. Esse reflexo pode retardar pela ocorrência de sedação durante o trabalho de parto ou pela separação entre a mãe e o bebê por

um longo período. Portanto, quanto mais precoce o contato inicial entre a criança e sua mãe, melhor é o desenvolvimento dos reflexos motores que garantirão melhores resultados na amamentação⁽¹⁶⁻¹⁷⁾; mesmo que a criança nasça de uma cesária, ela pode ir para o colo da mãe, receber seu calor, seu amor, sentir sua pele; nessa primeira hora de vida, o reflexo de sucção do recém-nascido é mais intenso e eficaz e favorece o estabelecimento de uma “pega” adequada⁽¹⁸⁾.

A característica definidora “descontinuidade de sucção da mama” apresentou uma frequência de 34,2%. Esse fato se deve porque alguns recém-nascidos não conseguem abocanhar a aréola adequadamente ou não conseguem sustentar a pega. Esse evento pode acontecer porque o bebê não está bem posicionado, não abre a boca suficientemente ou pode estar sendo exposto à mamadeira e/ou chupeta; ou ainda, a criança pode não pegar adequadamente o peito porque eles estão muito tensos, ingurgitados, ou os mamilos são invertidos ou planos⁽¹³⁾.

Outra característica definidora relevante foi à ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina que esteve presente em 38,4% da amostra estudada. Vale ressaltar que, em algumas puérperas, a “descida do leite” ou apojadura só ocorre alguns dias após o parto. Para que ocorra esse processo, há a necessidade de um reflexo neurogênico e hormonal que garanta a ejeção do leite⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A estimulação das abundantes terminações nervosas no mamilo durante a sucção da criança produz impulsos sensitivos somáticos que são transmitidos ao hipotálamo. Além disso, estímulos sensitivos que chegam ao hipotálamo via sistema límbico também são fundamentais; como o ouvir, o tocar, o olhar o recém-nascido e a evocação das emoções causadas por pensar no bebê podem ocasionar a ejeção do leite⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Os estímulos negativos, como medo, dor, raiva, ansiedade e frustração ou estresse, são capazes de inibir a liberação de ocitocina, impedindo o reflexo de ejeção de leite e diminuindo o suprimento de leite para o bebê⁽²¹⁾ podendo, assim, justificar o suprimento de leite inadequado percebido, que esteve presente em quase metade amostra estudada (49,3%), sendo que a ansiedade materna foi um dos fatores relacionados que teve associação significativa com o diagnóstico “amamentação ineficaz”.

Outra característica significativa é quando o lactente chora ao ser posto na mama, o que foi observado em 17,8% dos bebês observados. O choro associado à fome é sustentado pela cultura, em decorrência dos problemas relacionados à produção/qualidade do leite⁽¹⁸⁻²²⁾. Estudos mostram que o choro e a fome da criança são, para as mães, determinantes para a alimentação complementar antes de concluir os seis meses de amamentação exclusiva⁽²³⁻²⁴⁾.

No entanto, existem muitas razões para o choro, incluindo desde a adaptação extrauterina a até mesmo os ambientes muito tensos. Geralmente os recém-nascidos se acalmam se aconchegados ou se postos no peito, o que corrobora a sua necessidade de se sentirem protegidos e seguros. Na maioria das vezes, as mães ficam ansiosas, tensas e frustradas com o choro da criança, tendendo a transmitir esses sentimentos a eles e, como consequência, causando mais choro, podendo aí se instalar um ciclo vicioso⁽²⁵⁾.

Verificou-se a associação entre maior escolaridade da mulher e diagnóstico de enfermagem de amamentação ineficaz ($p = 0,001$). Divergente do encontrado neste estudo, pesquisa mostrou que mães com maior escolaridade tiveram maiores frequências de amamentação exclusiva⁽²⁶⁾. Entretanto, é comum que mulheres com maior escolaridade tenham uma profissão e, pelo fato das mesmas se ausentarem para a retomada do trabalho poder levar à interrupção ou haver a introdução precoce de alimentos, esses fatores contribuem, para o desmame precoce⁽¹⁸⁾. Por outro lado, mulheres com menor escolaridade apresentam maior dificuldade de aderir às informações recebidas, além de normalmente trabalharem em locais que não fornecem os reais benefícios e apoio à amamentação. Além disso, poderão ser facilmente influenciadas por familiares e outras pessoas que levam às práticas de aleitamento materno inadequadas⁽¹⁹⁾.

Conhecendo os inúmeros benefícios da amamentação, faz-se necessária uma prática efetiva para seu estímulo e o diagnóstico de enfermagem é uma importante ferramenta nesse contexto, em razão de possibilitar uma avaliação sistemática e de intervenções precoces, por meio do desenvolvimento de planos de cuidados individualizados⁽²⁷⁾.

A aplicação de diagnóstico de enfermagem é de suma importância, em especial na assistência para a tomada de decisão clínica do enfermeiro, já que essa etapa fornece a base para a seleção das intervenções e dos resultados de enfermagem⁽²⁸⁾.

Vale ressaltar que, após a detecção do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz”, torna-se indispensável o planejamento dos cuidados de enfermagem a essa mãe, para que o recém-nascido seja amamentado de forma eficaz, prevenindo assim o desmame precoce⁽²⁹⁻³⁰⁾.

CONCLUSÃO

O presente estudo estabelece um importante passo no sentido de apresentar aos enfermeiros potencialidades na utilização do Processo de Enfermagem, mais especificamente dos diagnósticos de enfermagem, com vistas a uma melhor organização da assistência por meio da individualização do cuidado, já que proporciona um levantamento dos principais

problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais presentes no binômio mãe-bebê internados em sistema de alojamento conjunto.

Os resultados revelam a presença do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” de NANDA-Internacional em 58,9% dos binômios, sendo que as características definidoras “descontinuidade de sucção da mama” ($p = 0,000$), “esvaziamento insuficiente da mama” ($p = 0,000$), “suprimento de leite inadequado percebido” ($p = 0,000$), “resistência do lactente em apreender a região aréolo-mamilar com a boca” ($p = 0,001$), “ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina” ($p = 0,007$) e “lactente chora ao ser posto na mama” ($p = 0,007$) foram identificadas em associação fortemente significativa com o diagnóstico em estudo. Além disso, os fatores relacionados “reflexo de sucção insatisfatório do lactente” ($p = 0,000$) e “ansiedade materna” ($p = 0,038$) também apresentaram associação significativa forte.

Considerando que a escolaridade materna ($p = 0,001$) foi a única variável sociodemográfica que apresentou associação estatística significativa com o diagnóstico em estudo, sugere-se incluir a escolaridade materna como fator relacionado ao diagnóstico “amamentação ineficaz” na classificação NANDA-Internacional.

Com base nos achados deste estudo, sugere-se que os enfermeiros que trabalham com amamentação utilizem a classificação NANDA-Internacional para fazer um diagnóstico específico e preciso, para cada binômio mãe-filho e que, a partir dele, se proponham as intervenções necessárias e se avaliem os resultados obtidos a fim de auxiliar na obtenção de uma amamentação eficaz.

Este trabalho visa contribuir para o planejamento das ações de enfermagem no alojamento conjunto às puérperas e recém-nascidos, bem como reduzir parcialmente a lacuna existente na literatura de enfermagem sobre diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação.

Por fim, entendemos a relevância deste estudo para melhoria dos elementos do diagnóstico em questão, assim como para ajudar os enfermeiros na prática clínica, visto que possibilitam reduzir vieses nas inferências realizadas sem base em evidências clínicas, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência.

Cabe mencionar que as características definidoras “ausência de ganho de peso do lactente”; “perda de peso do lactente sustentado”; “persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação” não puderam ser avaliadas por necessitarem de acompanhamento e, neste estudo realizou-se uma única avaliação até 48 horas pós-parto. Já a característica definidora “processo de amamentação insatisfatório” não foi considerada no estudo, tendo em vista que a definição dessa característica confunde-se com o próprio

diagnóstico de amamentação ineficaz e sugere-se que essa característica seja retirada do rol de características definidoras desse diagnóstico na NANDA-I.

Como limitações, reconhece-se a necessidade de futuros estudos com maior número de sujeitos, desenvolvidos em outras populações, possibilitando análises comparativas entre eles.

REFERÊNCIAS

1. Herdman TH. Qual é o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011[acesso em 17 de março de 2014];13(2):161-2. Available from: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.14773>>.
2. Salvador PTCO, Oliveira RKM, Costa TD, Santos VEP, Tourinho FSV. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem Rev. enferm. UERJ. 2012; 20 (1): 111-7.
3. Joventino ES, Dodt RCM, Araújo TL, Cardoso MVLML, Silva VM, Ximenes LB. Tecnologias de Enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm., 2011 mar; 32(1):176-81.
4. Silva EP, Alves AR, Macedo ARM, Bezerra RMSB, Almeida PC, Chaves EMC. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. Rev. bras. enferm. 2013 mar-abr; 66(2): 190-5.
5. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari BD. Diagnósticos de enfermagem da nanda no período pós-parto imediato e tardio. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010 jan-mar; 14(1): 83-9.
6. Silva NM, Roberta Waterkemper R, Silva EF, Cordova FP, Bonilha ALL. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. Rev. bras. enferm. 2014 mar-abr; 67(2): 290-5.
7. Brandão MAG, Cerqueira FA, Matos LN, Campos JF, Peixoto MAP, Primo CC. Características definidoras da Resposta Disfuncional ao Desmame Ventilatório como indicadores de acurácia do desmame ventilatório. Rev. bras. enferm. sept./oct.2014, 67(5).
8. Freitas LJQ, Melo NCCC, Valente MMQP, Américo CF, Sousa CSP. Amamentação ineficaz entre as nutrizes atendidas em unidades básicas de saúde. Rev enferm UERJ. 2014 jan-fev; 22(1): 103-10.
9. Abrão ACFV, Gutierrez MGR, Marin HF. Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz- Estudo de identificação e validação clínica. Acta Paul Enferm 2005; 18(1):46-55.
10. Vianna RPT, Rea MF, Venancio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. Cad Saúde Pública. 2007; 23(10): 2403-9.

11. Marin MJS, Micheli FS, Ueji JY, Marchiori SS, Kalil AKB. Diagnósticos de enfermagem referentes à amamentação entre mães de crianças menores de seis meses em uma comunidade. *Nursing*, fev.2007, 9(105): 69-73.
12. Bergmann RL, Bergmann KE, von Weizsäcker K, Berns M, Henrich W, Dudenhausen JW. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers - a review of the scientific evidence. *J Perinat Med*. 2014; 42(1): 9-18.
13. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J. Pediatr*. 2004; 80(5): s155-s162.
14. Silveira LM, Prade LS, Ruedell AM, Haeffner LSB, Weinmann ARM. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1): 37-43.
15. Valerio KD, Araujo CMT, Coutinho SB. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. *Rev. CEFAC* [online]. 2010; 12(3): 441-53.
16. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MI, Perez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr*. 2013; 89:131-6.
17. Sousa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 aug; 34(2).
18. Baptista GH, Andrade AHHKG, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região de Curitiba, PR, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009, 25(3): 596-604.
19. Stephan AMS, Cavada MN, Vilela CZ. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de saúde da família no município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(3): 431-38.
20. Ferro NG, Vale IN, Carmona, EV, Abrão ACFV. Fatores relacionados ao insucesso da lactogênese: revisão da literatura. *Online braz. j. nurs.* (Online). 2009, dec;8(3).
21. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do AME de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(5): 953-65.
22. Oliveira JS, Joventino ES, Dolt RCM, Veras JEGFL, Ximenes LB. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. *Rev. Rene*. 2010, 11(4): 95-102.

23. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(5): 2461-68.
24. Zapana PM, Oliveira MN, Aguiar JÁ, Taddei C. Factores que determinan la lactancia materna en niños matriculados en Jardines Infantiles públicas y filantrópicas en São Paulo, Brasil. *Organo Oficial de la Sociedad Latino americana de Nutrición*. 2010; 60(4): 360-5.
25. Rosa NM, Silva EG, Atalah SE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev. Chil. Pediatr*. 2012; 83(2): 161-69.
26. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(3): 442-52.
27. Diogo EF, Souza T, Zocche DA. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. *Enferm. Foco*. 2011; 2(1):10-3.
28. Inácio CCN, Chaves EMC, Freitas MC, Silva AVS, Alves AR, Monteiro AR. Diagnósticos de enfermagem em unidades de alojamento conjunto. *Rev Bras Enferm*. 2010 nov-dez; 63(6): 894-9.
29. Racine EF, Frick K, Guthrie JF, Strobino D. Individual Net-Benefit Maximization: A Model for Understanding Breastfeeding Cessation among Low-Income Women. *Matern. Child Health J*. 2009; 13: 241-49.
30. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev. bras. enferm*. 2014; 67(1):22-7.

CONCLUSÃO

A revisão sistemática realizada na 1ª fase deste estudo para avaliar as evidências publicadas acerca do desmame precoce possibilitou conhecer os fatores que o influenciam. A síntese dos diferentes estudos evidenciou que a amamentação é um fenômeno que ultrapassa o simples desejo e decisão autônoma das mulheres/mães, pois exhibe forte determinação sociocultural e histórica, que pode ser comprovada por meio de comparações de padrões de amamentação entre diferentes populações e através dos tempos.

As taxas de desmame ainda são prevalentes e acredita-se que este estudo pode oferecer subsídios para o planejamento e implementação de ações que visem à atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo em vista que a atuação da equipe de saúde é de essencial importância nesta área, a qual possa atuar junto a essas mulheres desde o pré-natal sensibilizando e informando acerca do valor da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida.

Essa revisão sistemática possibilitou conhecer os fatores que influenciam o desmame precoce, e os mais citados foram: trabalho materno (33,3%); uso de chupeta (30,8%); leite fraco (17,9%); trauma e dor mamilar (17,9%); introdução de outros tipos de leites (15,4%) e escolaridade de mãe/pai (15,4%).

A 2ª fase deste estudo avaliou o diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” de uma maternidade, estabelecendo um importante passo no sentido de apresentar aos enfermeiros potencialidades na utilização do Processo de Enfermagem, mais especificamente dos diagnósticos de enfermagem, com vistas à melhor organização da assistência por meio da individualização do cuidado, já que proporciona um levantamento dos principais problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais presentes no binômio mãe-bebê internados em sistema de alojamento conjunto.

O diagnóstico de amamentação ineficaz de NANDA-Internacional esteve presente em 58,9% da amostra.

As puérperas possuíam média de idade de 27 anos, não possuíam companheiro (63%), tinham mais de oito anos de escolaridade (71,2%), trabalhavam (52,1%), possuíam renda familiar menor que dois salários mínimos (64,4%), fizeram pré-natal (97,3%), realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (67,1%). Além disso, grande parte era de múltiparas (64,4%), possuíam mamas hipertróficas (82,2%), mamas flácidas (68,5%), mamilos protusos (94,5%) e íntegros 65,8%; não apresentavam dor ou ardência após a mamada (65,8%). Em relação aos recém-nascidos, houve predomínio do sexo feminino (58,9%), nasceram com mais de 37 semanas de gestação (90,4%), não mamaram na primeira hora de vida (87,7%).

A escolaridade ($p = 0,001$) foi a única variável sociodemográfica que apresentou associação estatística significativa com o diagnóstico em estudo.

As características definidoras e os fatores relacionados que apresentaram associação fortemente significativa com o diagnóstico em estudo foram: descontinuidade de sucção da mama ($p = 0,000$), esvaziamento insuficiente da mama ($p = 0,000$), suprimento de leite inadequado percebido ($p = 0,000$), resistência do lactente em apreender a região aréolo-mamilar com a boca ($p = 0,001$), ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina ($p = 0,007$) e lactente chora ao ser posto na mama ($p = 0,007$). Em relação aos fatores relacionados: reflexo de sucção insatisfatório do lactente ($p = 0,000$) e ansiedade materna ($p = 0,038$) apresentaram associação significativa forte com o diagnóstico em estudo.

Com base nos achados deste estudo, sugere-se que os enfermeiros que trabalham com amamentação utilizem da classificação NANDA-Internacional para fazer um diagnóstico específico e preciso para cada binômio mãe-filho e que, a partir deste, se proponham as intervenções necessárias e avaliem os resultados obtidos a fim de auxiliar na obtenção de um aleitamento materno exclusivo.

Este trabalho, conforme se espera, contribuirá para o planejamento das ações de enfermagem no alojamento conjunto às puérperas e recém-nascidos, bem como reduzir parcialmente a lacuna existente na literatura de enfermagem sobre diagnósticos de enfermagem presentes na amamentação.

Cabe mencionar que as características definidoras “ausência de ganho de peso do lactente”; “perda de peso do lactente sustentado”; e “persistência de mamilos

doloridos após a primeira semana de amamentação” não puderam ser avaliadas por necessitarem de acompanhamento e, neste estudo, realizou-se uma única avaliação de até 48 horas pós-parto. Já a característica definidora “processo de amamentação insatisfatório” não foi considerada no estudo, tendo em vista que a definição dessa característica confunde-se com o próprio diagnóstico de amamentação ineficaz e sugere-se que essa característica seja retirada do rol de características definidoras desse diagnóstico na NANDA-I.

Considerando que a escolaridade materna ($p = 0,001$) foi a única variável sociodemográfica que apresentou associação estatística significativa com o diagnóstico em estudo, sugere-se incluir a escolaridade materna como fator relacionado ao diagnóstico “amamentação ineficaz” na classificação NANDA-Internacional.

Por fim, entendemos a relevância deste estudo para melhoria dos elementos do diagnóstico em questão, assim como ajudar os enfermeiros na prática clínica, visto que possibilitam reduzir vieses.

REFERÊNCIAS

ABREU FCP, FABBRO MRC, WERNET M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. **Rev Rene**. v.14. n.3. p. 610-9. 2013.

SOUSA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Rev Panam Salud Publica**. Washington. v.34 n.2 aug. 2013.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 284 p.

ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Rev. Ciênc. Méd. Campinas**, v.13, n.4, p. 381-88, out./dez. 2004.

ALMEIDA, I.S. et al. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare enferm**; v.15, n.1, 2010.

ARAÚJO, C. D. M. et al. Influência da Hipertrofia Mamária na Capacidade Funcional das Mulheres. **Rev Bras Reumatol**, v. 47, n. 2, p. 91-6, mar./abr. 2007.

ARAÚJO, C. M. T.; SILVA, G. A. P.; COUTINHO, S. B. A utilização da chupeta e o desenvolvimento sensório motor oral. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.11, n. 2, p. 261-7, abr./jun. 2009.

ARAGAKI, I. M. M.; SILVA, I. A.; SANTOS, J. L. F. Traço e estado de ansiedade de nutrizes com indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, set. 2006.

ARMSTRONG, H. C. **Breast-feeding Observation Form** - Training guide in lactation management. New York, IBFAN: UNICEF, 1992.

AZEVEDO, D.S. et al. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Rev. Rene**.; v.11, n.2, p.53-62, 2010.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J. Pediatric**., Rio de Janeiro. v. 89, n. 2, p. 131-36. 2013.

BAI, D. L.; WU, K. M.; TARRANT, M. Association between Intrapartum Interventions and Breastfeeding Duration. **Journal of Midwifery & Women's Health**.v. 58, n. 1, jan./feb. 2013.

BARBOSA, M.C. et al. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creche. **Rev. Pau. Pediatr**; v.27. n.3. p.272-81. 2009.

BARGE, S.; CARVALHO, M. Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. **Rev Port Clin Geral**. Lisboa, nov, v.27.n.6.p.518-25. 2011.

BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, M. F. A. S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá. v. 26. n. 1. p.11-20. 2004.

BARROS, V, O et al. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. **Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr.**, São Paulo, SP, v. 34, n. 2, p. 101-114, ago. 2009.

BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G.; GIOLO, S.R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região de Curitiba, PR, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 25. n.3. p.:596-604. 2009.

BELINTXON-MARTÍN, M.; ZARAGÜETA, M.C.; ADRIÁN, M. C.; LÓPEZ-DICASTILLO. O. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas Initiating breastfeeding: experiences of first-time mothers. **An. Sist. Sanit. Navar**. v. 34. n. 3, sep/dic. 2011.

BERCINI, L.O et al. Alimentação da criança no primeiro ano de vida, em Maringá, PR. **Cienc. Cuid. Saúde**.; v.6, n.2, p.404-10. 2007.

BERGMANN, R.L. et al. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers - a review of the scientific evidence. **J Perinat Med**, v. 42. n.1. p.9-18. 2014.

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

BAXTER, J. AMANDA, R COOKLIN, A. R.; SMITH, J. Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian cohort study. **Acta Paediatrica**. V. 98. p. 1274–1277 2009.

BERNARDI, J. L. D.; JORDÃO, R. E.; BARROS FILHO, A. A. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Rev. Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 405-11. 2009.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, T. M. Amamentação: um resgate histórico. **Caderno de Saúde Pública do Ceará**, Fortaleza, v. 1, n. 1 - jul./dez. 2005.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, mar. 2003.

_____. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 39, n. 3, p. 7-350. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: **aleitamento materno e alimentação complementar**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 23).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4v.:il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 108 p.: il. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. **Lei nº 12.550, de 15 de Dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 4 ago. 2013.

BULLON, R. B. et al. A influência da família e o papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno. **Ciências da saúde**. v. 7. n. 2. p. 49-70. aug.2009.

CAMAROTTI, C.M. et al. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. **Acta Paul Enferm**,; v.24, n.1,p. 55-60. 2011.

CARPENITO, L. J. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação:** diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CARRASCOZA, K. C. Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. **Paidéia**, v. 15, n. 30, p. 93-104. 2005.

CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia; 2001. 159 p.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Planos de cuidados de Enfermagem e Documentação:** diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CARVALHAES, M. A. B.; CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J. Pediatr.**, v. 79, n. 1, p. 13-20. 2003.

CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; COSTA, M. P. Fatores associados à situação de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses. **Rev. Latino-am. de enfermagem**. Botucatu. São Paulo, v. 15, n. 1. 2007.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação:** bases científicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. **Amamentação:** bases científicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CASTAÑO, J.H.O; ORTIZ, B. E. B. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. **Invest Educ Enferm.**, v. 30,n. 3, p. 390-97. 2012.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enferm.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 513-15. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 358 de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 4 ago.2013.

COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para leitura de ensaios clínicos controlados. **Rev. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 146-51. 2005.

DAMIÃO, J. J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno. **Ver Bras Epidemiol.** v. 11, n. 3, p.442-52. 2008.

DE MENEZES, V.A.et al. Fatores associados ao desmame no município de São José dos Bezerros/PE. **UFES Rev. Odonto.**; v. 10, n. 2, p.14-21.2008.

DEWEY, K. G. et al. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **J. Nutr.** v.131, p. 262-7. 2001.

DELMITO, M. A. et al . Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Rev. Rene**; v.11(especial). p. 223-29. 2012.

DIOGO, E. F.; SOUZA, T.; ZOCHE, D. A. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. **Enfermagem em Foco**; v. 2. n. 1.p.10-13. 2011.

DO NASCIMENTO, M.B. et al. Exclusive Breastfeeding in Southern Brazil: Prevalence and Associated Factors. **Breastfeeding Medicine.**; v.5, n.2, p.79-85. 2010.

FARIAS, J. N., et al. **Diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: CCS/UFPB. 1990.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**; v. 19, n. 5, p. 623-30. 2006.

FERREIRA, P. B. P. **O processo de cuidar do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: uma análise dos conceitos utilizados.** [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

FERREIRA, H.S. et al. Aleitamento materno por trinta dias ou mais é fator de proteção contra sobrepeso em pré-escolares da região semi-árida de alagoas. **Rev Assoc Med Bras.** v.56. n.1. p.74-80. 2010.

FERRO, N.G. et al. Fatores relacionados ao insucesso da lactogênese: revisão da literatura. **Online Braz. J. Nurs.** (Online); v.8, n.3, dec.2009.

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. **Rev Esc Enferm USP**; v.47, n.6, p.1291-7. 2013.

FIGUEIREDO, M. G. et al Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.20. n.1.p. 172-79. 2004.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. p. 56-81. 2006.

FRANCO, A. L.L.; LOPEZ, M.S.M. Factores relacionados com lactancia materna exclusiva e introduccion temprana de leche entera em comunidades de estrato socioeconômico bajo. Calarca-Colombia. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**. Bogotá (Colombia); v.9, n.19, p.127-37. 2010.

FRAGOSO, A. P. R.; FORTES, R. C. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. **J. Health Sci Inst.**; v.29, n.2, p.114-8. 2011.

FREITAS, L. J. Q. et al. Amamentação ineficaz entre nutrizes atendidas em unidades básicas de saúde. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.103-10. jan./fev, 2014.

FROTA, M. A. et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 10. n. 3. p. 61-67. jul./set. 2009.

FROTA, D. A. L.; MARCOPOLITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes. Montes Claros, MG. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 85-92. 2004.

GARCIA, T. R. Diagnósticos de enfermagem e a prática da pesquisa. **Anais do I Encontro Pernambucano de Diagnósticos de Enfermagem**. Recife. Brasil. p. 1-15. out. 1997.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193; jan./mar. 2009.

GARCIA; T. R.; NÓBREGA; M. M. L.; CARVALHO; E. C. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.3, n.2, p.1-10. 2004.

GERD, A. M. et al. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1month of age. **Acta Pædiatrica.**, v.101, p. 55-60. 2012.

GONÇALVES, M. L. C. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas assistidas no Município de Iguatu-CE. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza. v.25, n.2 Supl, p.33-39. , abr./jun., 2012.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J. Pediatr.** Rio Janeiro, v. 80, n. 5, p. s147 - s154. 2004.

GREENBERG, R. S. et al. **Epidemiologia Clínica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 102-17. 2005.

GUYTON, A. C.; HALL, J, E. **Tratado de Fisiologia Médica**.11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HÄGGKVIST, A. P. et al. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. **Public Health Nutrition**, v.13, n.12, p. 2076–86. 2010;

HANSSELMANN, M. H.; WERNECK, G.L.; SILVA, C.V. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro., v.24, n. 2, p.S341-S52. 2008;

HAUGHTON, J.; GREGORIO, D.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Factors associated with breastfeeding duration among connecticut special supplemental nutrition programfor women, Infants, and children (WIC) participants. **J Hum Lact**, v. 26, n.3. 2010.

HERDMAN, T. H. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.13.n.2. p.161-2. abr/jun, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a01.htm>>. Acesso em: Acesso em: 4 ago.2013.

JOVENTINO, E. S. et al. Tecnologias de Enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura.Rev. **Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre(RS) , v.32, n.1, p.176-81. mar., 2011.

LEITE, F. M. C. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco no município da Serra, ES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**; v. 11, n.1, p. 22-6. 2009

LEVENO, K. J. et al. **Manual de Obstetrícia de Williams**. 23. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LI, R. et al Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year. **Pediatrics**.; v.122, n.2. 2008.

LIMA, A. P. E. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.67, n.6. nov./dez. 2014.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: NANDA Internacional Inc.; HERDMAN TH, CARVALHO EC, organizadores. **PRONANDA** - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem - Conceitos Básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana; p. 85-129. 2013. (Sistematização de Educação em Saúde Continuada a Distância).

MAIS, L. A. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro. v.19 n.1. jan. 2014.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Rev. Bras. Enferm.** n. 62.n.4.p. 562-69. 2009.

MARTINS, F. J. Evolução do aleitamento materno no Brasil. Citado em: REGO JD. **Aleitamento Materno.** São Paulo: Atheneu, p. 21-34. 2002.

MASCARENHAS, M. L. W. et al. A prevalência de aleitamento materno exclusivo e seus determinantes nos primeiros 3 meses de vida no Sul do Brasil. **J. Pediatr.** Rio Janeiro, v.82. n.4, p.289-94. 2006.

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

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem:** Disfunção Sexual e Padrões de sexualidade ineficazes [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2004.

MELO, S. L. **Amamentação:** contínuo aprendizado. Belo Horizonte: Coopmed. 2005.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence based practice. In: Melnyk, B.M.; Fineout-Overholt, E. **Evidence based practice in nursing & healthcare:** a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p. 3-24. 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758- 64, out./dez. 2008.

MONTE, C. M. G., GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro. v.80, n.5, p. S131-S141. 2004.

MORGADO, C. M. C.; WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 367-76. fev. 2013.

MULLER FS, SILVA IA. Representações sociais de um grupo de mulheres / nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.17.n.5.p. 651-57. 2009

NALMA. Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP, **Manual de Procedimentos:** Prevenção e Tratamento das Intercorrências Mamárias na Amamentação. 1999. 46 p.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2009-2011 [NANDA Internacional]. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2012-2014 [NANDA Internacional]. Porto Alegre: Artmed, 2013.

_____. **Nursing Diagnoses:** Definitions e Classification: 2003 - 2004. Philadelphia (United States): NANDA; 2003.

NARCHI, N. Z. et al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev Esc Enferm USP.** v.43.n.1.p.87-94.2009.

NEIVA, F. C. B. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. **Pediatria,** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 264-70. 2000.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem.** 2. ed. Belo Horizonte: ABEN, 2008/2009.

ODIJK, J. V. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1996-2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. **Allergy.** v. 58, p. 833-43. 2003.

OLIVEIRA, J. S, et al. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n.4,p. 95-102. 2010.

OTENIO, C. C. M. et al. Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa bebê-clínica em Bandeirantes/PR. **Salusvita.** Bauru.; v.26, n.2, p. 149-57, 2007.

PALMEIRA, P. A.; SANTOS, S. M. C.; VIANNA, R. P. T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas. v.24. n.4. p.553-63. 2011.

PARIZOTO, G. M, et al. Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children . **J. Pediatr.** Rio Janeiro; v.85, n.3, p. 201-08. 2009.

PAULA, A. O.; SARTORI, A. L.; MARTINS, C. A. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.12, n.3, p.464-70. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6929>>. Acesso em: 4 ago.2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEREIRA, P. F.; ALFENAS, R. C. G.; ARAÚJO, R. M. A. O aleitamento materno influencia o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus na criança? Uma análise das evidências atuais. **J. Pediatr.** Rio Janeiro, Porto Alegre, v.90, n.1, jan./feb, 2014.

PEREZ, V. L. A. B. et al. Diagnóstico de enfermagem: um desafio para os anos 90. **Rev Bras Enf**, São Paulo, v. 43, n. 1/4, p. 14-8, jan./dez. 1990.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

PRIMO, C. C. et al. Efeitos da nicotina materna na criança em amamentação. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo. v. 31. n. 3. set. 2013.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.161-7. abr/jun; 2007.

RACINE, E.F et al. Individual Net-Benefit Maximization: A Model for Understanding Breastfeeding Cessation among Low-Income Women. **Matern. Child Health J.** v.13.p. 241-49. 2009.

RAKHASANI, F.; MOHAMMADI, M. Continuation of Breastfeeding: Is This a Problem in Southeast Iran? **Breastfeeding Medicine**, v.4,p. 1-4. 2009.

RAMOS, C. V. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro; v. 24, n.8, p.1753-62. 2008.

REA, M. F. A amamentação e a mulher. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S142- S146. 2004.

REGO, J. D. **Aleitamento materno**. 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2009.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v..67. n.1. jan./feb. 2014.

ROSA, N. M.; SILVA, E.G.; ATALAH, S. E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. **Rev. Chil. Pediatr.** v.83. n. 2. p. 161-69. 2012.

ROYQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. 574p.

SALIBA, N. A. et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife.; v.8, n.4, p. 481-90. 2008.

SALUSTIANO, L. P. Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.34, n.1, p. 28-33. 2012.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ** Rio de Janeiro, v. 20. n. 1. p. 111-7. jan./mar. 2012.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. R. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. Bras. Fisioter.**; v.11, n.1, p. 83-9. 2007.

SAMPAIO, M. A. et al. Psicodinâmica interativa mãe-criança e desmame. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n.4, p. 613-21. 2010.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J. Pediatr.** Rio Janeiro, v. 80, n. 5, p. s155-s162. 2004.

SANCHES, M. T. C. et al. Fatores associados à interrupção do AME de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2011; 27(5): 953-65.

_____. **Dificuldades iniciais na amamentação**: enfoque fonoaudiológico. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2000.

SANTOS, S. R. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explicito. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 100-4, jan./fev. 2005.

SANTOS, P. R. M, NEVES, R. C. F. Causas mais comum do desmame precoce: Revisão integrativa da literatura. **Rev Eletr de Educação**. v.2, n.3,p. 12-3. 2013.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. v. 5.n.3.p. 283-91. 2005

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, ago. 2004.

SILVEIRA, L. M. et al. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. **Rev Saúde Pública**; v.47, n.1, p. 37-43. 2013.

SHIMODA, G.T; et al. Associação entre persistência de lesão de mamilos e condições de aleitamento materno. **Rev Min Enferm.**, v.18, n.1, p. 68-74. jan/mar 2014.

SHIMODA, G. T.; SILVA, I. A. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.63, n.1, p. 58-65. jan./feb. 2010.

STEPHAN, A. M. S; CAVADA, M.N; VILELA, C. Z. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de saúde da família no município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília.v.21.n.3.p. 431-38. 2012.

STETLER, C. B, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs Res**.v.11.n.4.p.195-206. 1998.

SILVA, E. P. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 66, n.2, p.190-5, mar-abr; . 2013.

SILVA, A. V, et al. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas: resultados e discussão. **J Health Sci Inst**, v. 27, n.3, p. 220-25. 2009.

SILVA, P. P. et al . A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Rev Paul Pediatr** São Paulo, v.30, n.3, sep, 2012.

SIMARD, I. et al. Factors influencing and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canadá Prenatal Nutrition Program in 4 regions of Quebec. **J Hum Lact.**; v. 21, n. 3, p. 327-37. 2005.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P. Introdução de alimentos complementares nos primeiros dois anos de vida de crianças de escolas particulares no município de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo, v. 6. n. 1. 2003.

SILVA M. N. et al. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v.67 n.2 mar./apr. 2014.

SILVA, R, V.; SILVA I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n. 1, p. 108-15, jan./mar. 2009.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L.B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev Paul Pediatr.** v. 30. n.1.p.122-30.2012.

SILVEIRA, R. B.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L. M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**; v. 8, n. 1, p. 1-8. 2008.

SOARES, M. E. M. et al. Uso da chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 309-16. 2003.

SOUSA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Rev Panam Salud Publica.** Washington, v. 34, n. 2, aug. 2013.

SOUZA, N. K. T. et al. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Com. Ciências e Saúde.** Distrito Federal. Brasília, v. 22, n. 4, p. 231-38. 2011.

TARRANT, R. C. et al. Factors Associated with Duration of Breastfeeding in Ireland: Potential Areas for Improvement. **Journal of Human Lactation.** v. 27.n.3.p. 262-71. 2011.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos da Criança.** Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10006.htm> Acesso em: 16/01/2015.

VALÉRIO, K. D.; ARAÚJO, C. M. T.; COUTINHO, S. B. A. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. **Rev. CEFAC,** São Paulo. 2002.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Aleitamento Materno em Unidade de Neonatologia. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo. v. 38. n. 3, jun. 2004.

VENÂNCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 86, n. 4, p. 317-24, ago. 2010.

VERISSIMO, O. M. I. et al. Puérperas com vírus humano da imunodeficiência positivo (HIV+) e as condições de seus recém-nascidos. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.2, p. 344-50, abr/jun ,2013.

VIANNA, R. P. T. et al. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad Saúde Pública.**; v. 23, n.10, p. 2403-9, 2007.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da Nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.1, p. 83-9. jan-mar, 2010.

VIEIRA, G. O. et al. Fatores preditivos da interrupção do AME no primeiro mês de lactação. **J Pediatr.** Rio Janeiro.; v.86, n.5,p. 441-44. 2010.

VIEIRA, G. O. et al. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana-Bahia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 4, n. 2, p. 147, jun. 2004.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato e tardio. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n . 3, p. 462-70, jul./set. 2011.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito do noroeste de Campinas. **Ver. Nutr.**, Campinas. v.18.n.3.p.311-19. 2005.

WARKENTIN, S. et al . Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 26, n. 3, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 ago 2014.

WEIGERT, E. M. L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro. v. 81, n. 4, p. 310-6. 2005.

WEISER, T. M. et al. Association of Maternal Smoking Status With Breastfeeding Practices: Missouri, 2005. **Pediatrics**, v.124, n.6, 2009.

WENZEL,D.; SOUZA, S. B. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** São Paulo. v..21, n.2, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.** v. 52, n. 5, p. 546-53. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); United Nations Children's Fund (UNICEF). **Baby-friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1. Background and Implementation. Geneva: WHO; 2009.

WRIGH, C.M.; PARKINSON, K.N.; DREWETT, R. F. Why are babies weaned early? Data from a prospective population based cohort study. **Arch Dis Child.** v. 88, n.8, p. 813-16. 2004.

ZAPANA, P. M, et al. Factores que determinan la lactancia materna en niños matriculados en Jardines Infantiles públicas y filantrópicas en São Paulo, Brasil. **Organo Oficial de la Sociedad Latino americana de Nutrición.**; v.60.n.4.p. 360-65. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO: AMAMENTAÇÃO INEFICAZ

O “Inventário para Avaliação do Diagnóstico de Amamentação Ineficaz – IADAI (ALVARENGA; CASTRO; PRIMO, 2014) foi construído pelas pesquisadoras utilizando os dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos, e da adaptação/aplicação dos estudos de: ARAÚJO et al, 2007, ARAGAKI; SILVA; SANTOS, 2006; Protocolo da UNICEF,1992, NALMA-Manual do Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP,1999, SILVA e SILVA, 2009, com a finalidade de possibilitar a identificação das características definidoras e dos fatores relacionados desse diagnóstico, de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I, 2012-2014).

AVALIAÇÃO ATÉ 48H DE VIDA DO RN

1. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE Nº Sujeito da pesquisa: _____

1.1.DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA MÃE:

NOME: _____ Nome do bebê: _____

REGISTRO: _____ LEITO: _____ ENDEREÇO: _____

TELEFONES: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

IDADE: _____ NATURALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

NÍVEL DE INSTRUÇÃO: _____ RENDA FAMILIAR: _____ (salário mínimo)

TRABALHA FORA: () Sim () Não

FAZ USO DE BEBIDA ALCÓOLICA E/OU CIGARRO: () Sim () Não

FEZ USO NA GESTAÇÃO: () Sim () Não

DOENÇAS PRÉVIAS E ATUAIS: _____

1.2.DADOS OBSTÉTRICOS:

Nº GESTAÇÕES: _____ ANESTESIA: () Sim () Não Qual: _____

FEZ PRÉ-NATAL: () Sim () Não Nº CONSULTAS: _____ ALGUÉM FOI NO PN COM VOCÊ: () Sim () Não

Quem: _____

1.3.DADOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO:

RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO NO PRÉ-NATAL: () Sim () Não

JÁ FEZ ALGUM TIPO DE CIRURGIA NAS MAMAS? () Sim () Não Qual: _____

TEMPO DE AMAMENTAÇÃO DOS OUTROS FILHOS: _____Meses

2.DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO: _____

RN: _____ DATA DO PARTO: ____/____/____ HORA DO NASCIMENTO: _____

SEXO: () Masculino () Feminino IG: _____ PESO NASCIMENTO: _____

O RECÉM-NASCIDO MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA: () Sim () Não

O RECÉM-NASCIDO RECEBE COMPLEMENTO NA MATERNIDADE: () Sim () Não

() Copinho () Mamadeira () Finger () Translactação () Seringa

QUANTAS VEZES O RN MAMOU DURANTE 24h: _____

3.AVALIAÇÃO CLÍNICA DAS MAMAS:

3.1.ANATOMIA DAS MAMAS: Medida de Sacchini:

MD: ML-PM: _____ PM- SIM _____ Md: _____cm

ME: ML-PM: _____ PM- SIM _____ Md: _____cm

TAMANHO DAS MAMAS: () Hipomastia () Normais () Hipertrofia

CONDIÇÃO DE MAMA: () Flácidas () Túrgidas () Ingurgitada () Mastite

TIPO DE MAMILO: () Protruso () Semiprotuso () Hipertrófico () Invertido () Pseudoinvertido

INTEGRIDADE DO MAMILO: () Íntegro () Trauma mamilar

VOCÊ SENTE ALGUMA DOR E/OU ARDÊNCIA APÓS A MAMADA: () Sim () Não (se sim examinar com LUPA)

3.2.AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO DE LEITE: (FAZER MASSAGEM 3 VOLTAS COMPLETAS ANTES EXPRESSÃO MAMILAR)

EXPRESSÃO MAMILAR MD: () Ausente () Pequena () Média () Grande

EXPRESSÃO MAMILAR ME: () Ausente () Pequena () Média () Grande

4.AVALIAÇÃO DAS MAMADAS: (DIZER À MÃE: Agora nós gostaríamos que você colocasse seu bebê para mamar.

Fique à vontade para amamentar durante o tempo que você e o seu bebê acharem necessário).

AMAMENTAÇÃO VAI BEM

POSSÍVEIS DIFICULDADES

POSTURA CORPORAL

() NUTRIZ RELAXADA E CONFORTÁVEL

() COM OMBROS TENSOS, DEITA SOBRE O BEBÊ

() BEBÊ PRÓXIMO, DE FRENTE PARA O PEITO

() BEBÊ LONGE DA MÃE

- () CABEÇA E CORPO DO BEBÊ ALINHADOS () PESCOÇO DO BEBÊ TORCIDO
 () QUEIXO DO BEBÊ TOCANDO O PEITO () O QUEIXO DO BEBÊ NÃO TOCA O PEITO
 () [NÁDEGAS DO BEBÊ APOIADAS]* () [SÓ OMBRO OU CABEÇA APOIADO]

RESPOSTAS

- () BEBÊ PROCURA O PEITO, SE FAMINTO () NENHUMA RESPOSTA AO PEITO
 () [BEBÊ RODA E BUSCA O PEITO] () [NÃO BUSCA O PEITO]
 () BEBÊ EXPLORA O PEITO COM A LÍNGUA () O BEBÊ NÃO ESTÁ INTERESSADO NO PEITO
 () BEBÊ CALMO E ALERTA NO PEITO () BEBÊ INQUIETO OU CHORANDO
 () BEBÊ PRESO AO PEITO (vedação) () BEBÊ ESCORREGA DO PEITO
 () SINAIS DE EJEÇÃO DE LEITE (vaza/"fisgada") (PERGUNTAR) () NÃO HÁ SINAL DE SAÍDA DO LEITE

VÍNCULO EMOCIONAL

- () CARREGA DE FORMA SEGURA E CONFIANTE () NERVOSA OU CARREGA VACILANTE
 () ATENÇÃO DA MÃE FACE A FACE () CONTATO OLHO NO OLHO AUSENTE
 () MUITO TOQUE MATERNO () POUCO TOQUE OU SACOLEJANDO O BEBÊ
 (agitação motora)

SUCÇÃO

- () BOCA BEM ABERTA () BOCA POUCO ABERTA, APONTA PARA A FRENTE
 () LÁBIO INFERIOR VIRADO PARA FORA () LÁBIO INFERIOR VIRADO PARA DENTRO
 () LÍNGUA ACOPLADA EM TORNO DO PEITO () LÍNGUA DO BEBÊ NÃO VISÍVEL
 () BOCHECHAS REDONDAS () BOCHECHAS TENSAS OU PARA DENTRO
 () MAIS ARÉOLA EM TORNO DA BOCA DO BEBÊ () MAIS ARÉOLA ABAIXO DA BOCA DO BEBÊ
 () SUGADAS LENTAS E PROFUNDAS, EPISÓDIOS E PAUSAS () APENAS SUGADAS RÁPIDAS
 () PODE-SE VER E OUVIR A DEGLUTIÇÃO () OUVEM-SE RUÍDOS ALTOS

TEMPO GASTO NA SUCCÃO

- () O BEBÊ SOLTA O PEITO POR VONTADE PRÓPRIA () NUTRIZ TIRA O BEBÊ DO PEITO () BEBÊ DORME NO PEITO *[] Sinais entre colchetes apenas para recém-nascidos, não para bebês mais velhos.

ANATOMIA (após a mamada)

- () PEITOS MACIOS APÓS A MAMADA () PEITOS INGURGITADOS
 () MAMILOS EXTERIORIZADOS, PROTÁTEIS () MAMILOS ACHATADOS OU INVERTIDOS
 () PELE PARECE SAUDÁVEL () FISSURAS OU VERMELHIDÃO DA PELE
 () PEITOS PARECEM REDONDOS NA MAMADA () PEITOS PARECEM ESTIRADOS OU CAÍDOS

5. ATITUDES E/OU COMPORTAMENTOS DA AMAMENTAÇÃO:

O BEBÊ CHORA AO SER POSTO NO PEITO : () Sim () Não

Motivo: _____

O BEBÊ SE ARQUEIA NO PEITO : () Sim () Não Motivo: _____

O BEBÊ CHORA NA 1ª HORA APÓS A MAMADA: () Sim () Não

Motivo: _____

O BEBÊ SE MANTÉM CALMO NA 1ª HORA APÓS A MAMADA () Sim () Não

Motivo: _____

ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA APOIA A AMAMENTAÇÃO () Sim () Não QUEM: _____

REALIZAR O PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO!

A SENHORA GOSTARIA DE FAZER ALGUMA PERGUNTA?

Enquanto você estava amamentando, nós observamos algumas questões e gostaríamos de sugerir:

Uma boa posição para amamentar é colocar a cabeça do bebê na dobra do braço, com a barriga do bebê encostada na sua barriga e o bebê olhando para o seu peito.

O bebê precisa estar com a boca bem aberta, abocanhando essa parte escura da mama e para isso você pode abrir bem a boca do bebê puxando o queixo dele com o seu dedo.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

A Senhora está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem: "Amamentação Ineficaz", que tem como **objetivos**: Descrever as características definidoras do diagnóstico de enfermagem "amamentação ineficaz"; Avaliar os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "amamentação ineficaz"; Examinar a associação entre características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "amamentação ineficaz". É um estudo com abordagem quantitativa, utilizando como técnica entrevista e a observação do pesquisador.

Será realizada observação clínica e comportamental do recém-nascido e da mãe durante a mamada que será registrada pelo pesquisador.

A pesquisa terá duração de trinta dias, sendo que haverá uma consulta ambulatorial com sete e trinta dias após a sua alta do hospital.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **nesta** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, e a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará algum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que a assiste.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de formulário e também por observação da mamada em alguns momentos.

A Senhora não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os desconfortos ou riscos potenciais relacionados a sua participação na pesquisa poderão ser de natureza psicológica, cultural ou social, decorrentes do ato de ser abordada em uma entrevista, de responder a um formulário contendo informações pessoais e de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar constrangimentos. No caso de notar

algum destes desconfortos a Senhora poderá retirar seu consentimento, contar com o apoio da pesquisadora ou ser encaminhada para um serviço de apoio psicológico, se assim desejar.

O benefício relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem, além de melhorar a qualidade do serviço prestado ao binômio mãe/bebê durante o puerpério imediato na maternidade desse hospital.

A Senhora receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail da pesquisadora responsável, e o telefone do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

Mestranda Sandra Cristina de Alvarenga Orientadora Profª Drª Denise Silveira de Castro

Email: alvarengasandra@terra.com.br

Email: dsmcastro@terra.com.br

Telefone: 27-3335-7166 / 3335-7370 / 999041074

Comitê de Ética em Pesquisa telefone: (27) 3335-7211

Email: cep.ufes@hotmail.com

Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS

CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil

Vitória, ____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

APÊNDICE C

Tabela - Distribuição da associação das variáveis sociodemográficas e clínicas das puérperas com o diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz”. Vitória, 2015.

Variáveis	Diagnóstico Enfermagem: “amamentação ineficaz”				p-valor
	Sim		Não		
	N	%	n	%	
Faixa etária					
Até 34 anos	35	83,3	23	76,7	0,481
35 anos ou mais	7	16,7	7	23,3	
Estado civil					
Com companheiro	18	42,9	8	26,7	0,159
Sem companheiro	24	57,1	22	73,3	
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	6	14,3	15	50,0	0,001
Mais que 8 anos de estudo	36	85,7	15	50,0	
Renda familiar					
Menor que 2 salários mínimos	27	71,1	20	69,0	0,624**
2 a 3 salários mínimos	5	13,2	6	20,7	
Maior que 3 salários mínimos	6	15,8	3	10,3	
Trabalho materno					
Sim	22	52,4	16	53,3	0,936
Não	20	47,6	14	46,7	
Uso álcool					
Sim	3	7,1	3	10,3	0,683*
Não	39	92,9	26	89,7	
Uso cigarro					
Sim	3	7,1	4	13,3	0,440*
Não	39	92,9	26	86,7	
Uso cigarro na gestação					
Sim	3	7,1	4	13,3	0,440*

Não	39	92,9	26	86,7	
Uso de álcool na gestação					
Sim	3	7,1	-	-	0,261*
Não	39	92,9	30	100,0	
Doença atual					
Sim	20	47,6	18	60,0	0,300
Não	22	52,4	12	40,0	
Tipo doença atual					
DHEG	3	15,0	2	11,1	0,560**
Diabetes	4	20,0	5	27,8	
DHEG + Diabetes	4	20,0	6	33,3	
Hemofilia	1	5,0	-	-	
Hipotireoidismo	4	20,0	1	5,6	
Outras	4	20,0	4	22,2	
Número de gestações					
Primípara	18	42,9	8	26,7	0,159
Múltipara	24	57,1	22	73,3	
Anestesia					
Sim	22	52,4	13	43,3	0,449
Não	20	47,6	17	56,7	
Tipo anestesia					
Peridural	1	4,5	2	15,4	0,402**
Raquidiana	19	86,4	11	84,6	
Geral	1	4,5	-	-	
Peridural+ Raquidiana	1	4,5	-	-	
Tipo parto					
Normal	20	47,6	17	56,7	0,449
Cesáreo	22	52,4	13	43,3	
Fez pré natal					
Sim	42	100,0	28	93,3	0,170*
Não	-	-	2	6,7	
Número de consultas pré-natal					
Até 6 consultas	11	26,2	12	42,9	0,146

7 ou mais	31	73,8	16	57,1	
Tamanho das mamas					
Normal	7	16,3	6	20,0	0,683
Hipertrófica	36	83,7	24	80,0	
Condição da mama					
Flácida	32	74,4	18	60,0	0,192
Túrgida	11	25,6	12	40,0	
Tipo de mamilo					
Protuso	41	95,3	28	93,3	1,000*
Hipertrófico	2	4,7	2	6,7	
Integridade do mamilo					
Íntegro	28	65,1	20	66,7	0,891
Trauma mamilar	15	34,9	10	33,3	
Sente dor ou ardência após a mamada					
Sim	15	34,9	10	33,3	0,891
Não	28	65,1	20	66,7	
Postura corporal mãe-bebê adequada					
Sim	22	51,2	18	60,0	0,455
Não	21	48,8	12	40,0	

* Teste exato de Fisher

** Razão da máxima verossimilhança

APÊNDICE D

Tabela - Distribuição da associação das variáveis sociodemográficas e clínicas do recém-nascido com diagnóstico de enfermagem: “amamentação ineficaz”. Vitória, 2015.

Variáveis	Diagnóstico Enfermagem: “amamentação ineficaz”				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo do recém-nascido					
Feminino	24	55,8	19	63,3	0,521
Masculino	19	44,2	11	36,7	
Classificação de acordo com a idade gestacional					
Prematuro	3	7,0	4	13,3	0,435*
A termo	40	93,0	26	86,7	
Recém-nascido mamou na primeira hora vida					
Sim	5	11,6	4	13,3	1,000*
Não	38	88,4	26	86,7	
Como foi ofertada alimentação suplementar					
Copinho	12	66,7	4	66,7	0,178**
Translactação	4	22,2	-	-	
Finger	2	11,1	2	33,3	
Lactente recebe alimentação suplementar					
Sim	16	37,2	6	20,0	0,115
Não	27	62,8	24	80,0	
Tipo de Amamentação					
Aleitamento materno exclusivo	27	62,8	24	80,0	0,115
Aleitamento materno complementado	16	37,2	6	20,0	

* Teste exato de Fisher

** Razão da máxima verossimilhança

ANEXOS

ANEXO 1

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do diagnóstico de enfermagem: Amamentação ineficaz

Pesquisador: SANDRA CRISTINA DE ALVARENGA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30385714.5.0000.5060

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 695.734

Data da Relatoria: 25/06/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado a ser desenvolvido no setor de maternidade do HUCAM, com dados obtidos por fonte primária diretamente com a parturiente, mediante entrevista individual e exame físico, e por fonte secundária mediante consulta aos registros clínicos no prontuário se necessário, pela observação clínica e comportamental do recém-nascido e da mãe durante à mamada.

Os dados serão coletados por acadêmicas de enfermagem e pela autora do estudo, após treinamento e aplicação de duas avaliações.

A avaliação da amamentação do binômio mãe-recém-nascidos acontecerá com um dia de vida e dois dias de vida na maternidade durante a internação hospitalar. E do sétimo ao décimo dia de vida e do trigésimo ao trigésimo terceiro de vida será realizada uma consulta no ambulatório de pediatria do hospital.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem: "amamentação ineficaz".

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**

Continuação do Parecer: 695.734

Objetivo Secundário:

Descrever as características definidoras do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz; Avaliar os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz; Examinar a associação entre características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Os desconfortos ou riscos potenciais relacionados à sua participação na pesquisa poderão ser natureza psicológica, cultural ou social, decorrentes do ato de ser abordada em uma entrevista, de responder a um formulário contendo informações pessoais e de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar constrangimentos. No caso de notar algum destes desconfortos a Senhora poderá retirar seu consentimento, contar com o apoio da pesquisadora ou ser encaminhada para um serviço de apoio psicológico, se assim desejar.

Benefícios:

Subsidiar uma assistência sistematizada e humanizada, permitir maior segurança ao paciente, padronizar as ações da equipe de enfermagem, auxiliar nos registros de evolução do paciente ampliando a documentação da assistência de enfermagem, organizar os dados e as informações gerando indicadores de qualidade assistencial, promover mudanças na prática assistencial ao aleitamento materno e proporcionar a mulher mais segurança e apoio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante.

Todas as pendências foram atendidas pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos em conformidade.

Recomendações:

Recomendo a aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não constam pendências ou inadequações.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468**Bairro:** S/N**CEP:** 29.040-091**UF:** ES**Município:** VITORIA**Telefone:** (27)3335-7211**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 695.734

Situação do Parecer:


Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 24 de Junho de 2014


Assinado por: *Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES*
Cinthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

ANEXO 2



Universidade Federal do Espírito Santo
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes

A(o)
Diretor(a) da
Gerência de Ensino e Pesquisa
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – UFES

Autorização para Pesquisa

Venho por meio desta, emitir permissão e apoio por parte desta chefia, na execução do projeto intitulado:

Título do Projeto: AVANÇADO DO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM: AMAMENTAÇÃO INFANTIL

Responsável pelo Projeto: SANDRA CRISTINA DE ARAÚJO

Setor(es) de execução: MATERNIDADE

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – UFES

Orientador(a) do Projeto: DENISE SILVEIRA DE CASTRO

Departamento: ENFERMAGEM

Divisão: MATERNIDADE INFANTIL

Serviço ou Setor: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Vitória(ES), 27 de FEVEREIRO de 2014

Prof. Justino Mameri Filho
Diretor da Divisão de Pós-Graduação
HUCAM - UFES

Chefe do Serviço de MATERNIDADE INFANTIL
HUCAM-UFES

De acordo: R. Dietze **Prof. Reynaldo Dietze**
Gerente de Ensino e Pesquisa
HUCAM - EBSERH
Gerente de Ensino e Pesquisa EBSERH/HUCAM/UFES

ANEXO 3

TERMO DE COMPROMISSO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Eu Sandra Cristina de Alvarenga, brasileira, casada, Enfermeira, inscrito(a) no CPF/ 009780817-22 e RG: 1154498- SSP-ES, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do diagnóstico de enfermagem: amamentação ineficaz”, a que tiver acesso nas dependências do setor materno-infantil, do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo.

Obrigo-me ainda a manter o mais absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação a que tiver acesso em função das atividades desempenhadas no projeto de pesquisa supracitado, entendendo-se como “**informação confidencial**”, toda informação relativa às pesquisas desenvolvidas na UFES-ES a que tenha acesso, sob forma escrita, verbal, ou qualquer outro meio de comunicação.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

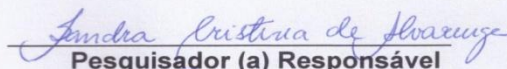
Informação Confidencial inclui, mas não se limita à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supramencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia "Avaliação do diagnóstico de enfermagem: amamentação ineficaz", acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Vitória, 01 de Junho de 2014


Pesquisador (a) Responsável