

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS - CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANA CAROLINA GONÇALVES SANTANA

**FREQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO
INEFICAZ EM CRIANÇAS PICOENSES**

PICOS - PIAUÍ

2014

ANA CAROLINA GONÇALVES SANTANA

**FREQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO
INEFICAZ EM CRIANÇAS PICOENSES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal do Piauí –
UFPI, CSHNB, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira
Lima

PICOS - PIAUÍ

2014

Eu, **Ana Carolina Gonçalves Santana**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI, 18 de agosto de 2014.

Ana Carolina Gonçalves Santana
Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA

**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo**

S231f Santana, Ana Carolina Gonçalves.
Frequência do diagnóstico de enfermagem: amamentação ineficaz em crianças picoenses / Ana Carolina Gonçalves Santana. – 2014.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (47 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2014.
Orientador(A): Profª. Dra. Luísa Helena de Oliveira Lima

1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Saúde da Criança. 3. Diagnóstico de Enfermagem. I. Título.

CDD 610.733

ANA CAROLINA GONÇALVES SANTANA

**FREQÜÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO
INEFICAZ EM CRIANÇAS PICOENSES**

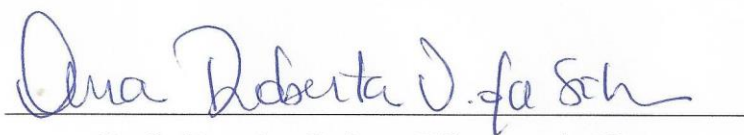
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Piauí – UFPI, CSHNB, como
requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Data de aprovação: 01/08/2014

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima
Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI – CSHNB
Presidente da Banca



Profª. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva
Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI – CSHNB
2º. Examinador



Profª. Me. Edina Araújo Rodrigues Oliveira
Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI – CSH
3º. Examinador

Dedico essa conquista aos meus pais, Gil e Gildácio, que sempre acreditaram, incentivaram, investiram e não mediram esforços para que eu pudesse finalizar esta longa caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter sido sempre tão generoso, me presenteando com coisas maravilhosas em minha vida. Dando-me sabedoria, coragem e força para não sucumbir diante dos obstáculos que encontrei durante o percurso.

Aos meus queridos pais, Gil e Gildácio, por todo investimento, amor incondicional, exemplo de força, sabedoria, carinho e desvelo que sempre dedicaram a mim. Amo muito vocês!

À minha irmã Mariane, por ter sido desde sempre, como irmã mais velha, o meu exemplo a ser seguido.

À meu querido Tio Zeny, que infelizmente não se encontra mais aqui, por todo o carinho, cuidado, generosidade e investimento.

À toda minha família, tios, avós, primos, em especial a meu Vôzinho, Tia Neide, Tio Vabo, Tia Nalva, pelo amor, apoio e incentivo.

À minha “tia postiça” Leninha, por todo apreço, consideração e atenção de sempre.

À melhor das amigas, Patrícia, por toda sua amizade e lealdade. Por me provar todos os dias que não preciso ser autossuficiente.

À todos os meus amigos: Andreza, Marina, Karielly, Jackson, Yllana, Tiele, Dryele, Jaiza, Maíra, pelo pedacinho que cada um contribuiu para mais essa conquista.

Por fim, à minha mestre e orientadora Luisa Helena, pela paciência, ensinamentos e por acreditar na minha capacidade e apostar no meu sucesso.

A todos vocês, o meu amor e gratidão.

RESUMO

Acredita-se que a tendência da entrada em massa das mulheres no mercado de trabalho e o investimento crescente na indústria de processos alimentícios provocaram uma mudança no cenário cultural. Estas permanecem um menor tempo presentes durante o período que seria necessário para se manter o Aleitamento Materno Exclusivo (AME). O desmame precoce afeta não somente a saúde da criança envolvida, mas também age diretamente no vínculo mãe-bebê, interrompendo-o. Nesta perspectiva, surgiu o seguinte questionamento: qual a prevalência do DE amamentação ineficaz entre crianças picoenses menores de 6 meses de idade? Investigar a presença do referido diagnóstico é importante para que ações de promoção da saúde infantil possam ser implementadas a fim de reduzir as taxas de desmame precoce e consequentemente favorecer melhores indicadores de saúde para estas crianças. Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar a prevalência do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz em crianças picoenses. Trata-se de um estudo de natureza descritiva do tipo transversal. Foi realizado em um hospital público de referência do município de Picos – PI. A população foi composta por todas as crianças nascidas vivas, com mães residentes em Picos e cujo parto aconteceu no referido hospital, no período de setembro de 2013 a junho de 2014, totalizando 16 nascidos vivos. Para coletar os dados, foi utilizado um formulário (apêndice A) adaptado da NANDA 2012/2014. Todas as crianças pesquisadas estavam em AM. Entretanto, apenas 13 foram amamentadas na 1ª hora de vida e 15 estavam em AME. A prevalência do DE nas mães pesquisadas foi de 37,5%, considerando o trigésimo dia de vida do lactente. As CD mais frequentes foram “Descontinuidade da sucção da mama”; “Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação”; “Ausência de ganho de peso do lactente”; e “Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação”. Os FR mais frequentes foram “Reflexo de sucção do lactente insatisfatório”; “Família não oferece apoio”; “Ansiedade materna”, “Déficit de conhecimento”, “Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras”, e “Parceiro não oferece apoio”. Este estudo contribui para a prática de enfermagem a fim de nos fazer entender que o diagnóstico não pode ser uma fase isolada de todo o processo assistencial de enfermagem, este deve ser utilizado com o objetivo de direcionar a ação de enfermagem para uma intervenção e/ou resolução positiva que atenda as necessidades da mãe e RN. Com base nos achados deste estudo, sugere-se que os novos trabalhos abordem mais sobre o tema em questão. Visando aprofundar o conhecimento do enfermeiro sobre os diagnósticos e intervenções de sua própria profissão. Propiciando ajudar mais e melhor as mães e bebês que são acometidos por esse problema.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Diagnóstico de Enfermagem. Saúde da criança.

ABSTRACT

It is believed that the trend of the mass entry of women into the labor market and increasing investment in the food processing industry caused a shift in the cultural landscape. These remain present during a shorter time period would be needed to maintain exclusive breastfeeding (EBF). Early weaning affects not only the health of the child involved, but also acts directly on the mother-infant bond, interrupting him. In this perspective, the following question arose: what the prevalence of breastfeeding among ineffective under 6 months old people from Pico children? Investigate the presence of said diagnosis is important so that actions to promote child health can be implemented in order to reduce rates of early weaning and consequently promote better health indicators for these children. This study was to analyze the prevalence of nursing diagnosis ineffective breastfeeding in people from Pico children. This is a study of descriptive cross-sectional. Was conducted in a public referral hospital of the city of Picos - PI. The population consisted of all live births, with mothers residing in peaks and whose birth took place in the hospital, from September 2013 to June 2014, a total of 16 live births. To collect data, a form (Appendix A) adapted from NANDA 2012/2014 was used. All children were screened AM. However, only 13 were breastfed within 1 hour of life and 15 were exclusively breastfed. The prevalence of underweight mothers surveyed was 37.5%, whereas the thirtieth day of life the infant. The most common CD were "Discontinuity breast sucking"; "Insufficient emptying each breast for breastfeeding"; "Absence of weight gain of the infant"; and "Persistence of sore nipples after the first week of breastfeeding." The most common RF were "Sucking reflex of poor infant"; "Familia offers no support"; "Maternal anxiety", "Knowledge Deficit", "infants receive supplementary feeding with bottles" and "Partner does not offer support." This study contributes to nursing practice in order to make us understand that the diagnosis can not be an isolated stage of the whole process of nursing care, this must be used in order to direct the action of nursing intervention and / or positive resolution that meets the needs of the mother and newborn. Based on the findings of this study, it is suggested that further work addressing more about the topic in question. To deepen the knowledge of nurses about the diagnoses and interventions of their own profession. Providing more and better help mothers and babies who are affected by this problem.

Keywords: Breastfeeding. Child Health. Nursing diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos recém-nascidos por dados antropométricos.....	24
Tabela 2	Frequência do AME e AM ao nascer e AM na 1ª hora de vida.....	24
Tabela 3	Caracterização da presença do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz.....	25
Tabela 4	Distribuição da amostra por características definidoras.....	25
Tabela 5	Caracterização dos fatores relacionados.....	26
Tabela 6	Relação entre a Amamentação na 1ª hora de vida e a presença do DE.....	26
Tabela 7	Relação entre a frequência do AME e a presença do DE.....	26
Tabela 8	Relação entre o peso ao nascer e o DE.....	27

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

PE – Processo de Enfermagem

DE – Diagnóstico de Enfermagem

OMS – Organização Mundial da Saúde

MS – Ministério da Saúde

QI – Quociente de Inteligência

PNIAM – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças

RNBLH – Rede Nacional de Bancos de Leite Humano

SUS – Serviço Único de Urgência

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

RN – Recém-Nascido

PC - Perímetro Cefálico

PT – Perímetro Torácico

PAB – Perímetro Abdominal

CD – Características Definidoras

FR – Fatores Relacionados

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1	Histórico do Aleitamento Materno.....	16
3.2	Benefícios do Aleitamento Materno.....	17
3.3	Programas e Políticas de Apoio ao Aleitamento Materno.....	18
3.4	O papel do Enfermeiro na promoção do aleitamento materno.....	19
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Tipo de estudo.....	21
4.2	Local e Período.....	21
4.3	População e Amostra.....	22
4.4	Crterios de Seleção da Amostra.....	22
4.5	Coleta de Dados.....	22
4.6	Análise e Interpretação dos Dados.....	24
4.7	Aspectos Éticos e Legais.....	24
5	RESULTADOS.....	25
6	DISCUSSÃO.....	29
7	CONCLUSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS.....	33
	APÊNDICES.....	36
	ANEXOS.....	44

1 INTRODUÇÃO

Acredita-se que com a evolução da presença da mulher no cenário atual do mercado de trabalho, esta permanece um menor tempo presente durante o período que seria necessário para se manter o Aleitamento Materno Exclusivo (AME). A formação cultural dessa mãe em relação ao pensamento de achar que só o leite materno não é suficiente para a nutrição adequada de seu bebê, e a inclusão de produtos artificiais na dieta do mesmo, também podem ser considerados fatores de risco para a interrupção do AME.

Elaborando-se um resgate histórico, a prática da amamentação é recomendada como modelo de alimentação ideal para crianças em seus primeiros meses de vida desde os tempos bíblicos. Com a chegada da Revolução Industrial, na segunda metade do século XVIII, a tendência da entrada em massa das mulheres no mercado de trabalho e o investimento crescente na indústria de processos alimentícios, provocou uma mudança no cenário cultural. A linha de raciocínio era de que o leite industrializado poderia ser mais eficaz, e ainda facilitaria a rotina das mães, visto que havia pouco tempo das mesmas para a realização dessa tarefa (de amamentar) e isso resultaria num melhor aproveitamento de tempo (CARMINHA *et al.*, 2010).

Segundo Roig *et al.*, (2010), a prática do AME por seis meses reduz o risco de infecções e previne deficiências de crescimento. A Organização Mundial da Saúde recomenda-a de forma exclusiva durante os seis primeiros meses de vida, e com alimentos complementares até os dois anos de idade, ou mais tarde. Além disso, traz benefícios para a saúde da mulher, tais como: estimular a regressão uterina; auxiliar no retorno ao peso inicial; prevenir o câncer de ovário, útero e mamas; diminuir o risco da mãe sofrer hemorragia e anemia no pós-parto, dentre outros (RAMOS *et al.*, 2008).

As evidências científicas mostram, ainda, que o AME nos primeiros seis meses de vida da criança e a partir daí complementado, até pelo menos aos dois anos, reduz as chances do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis na infância, adolescência e vida adulta (DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012).

A prática do AME e a continuação da amamentação integrada com a ingestão de alimentos complementares associados se destaca também como a de melhor potencial para salvar vidas. O aleitamento contínuo no primeiro ano de vida é capaz de prevenir uma a cada 7,5 mortes infantis (RAMOS *et al.*, 2010).

Em contrapartida, o desmame precoce afeta não somente a saúde da criança envolvida, mas também age diretamente no vínculo mãe-bebê, interrompendo-o. Assim como também atrasa o retorno dessa mulher às suas condições físicas anteriores à gravidez e

repercute no orçamento familiar por conta do alto custo das fórmulas lácteas (RAMOS *et al.*, 2010).

As ações de enfermagem relacionadas ao AM vêm tendo um papel significativo no Brasil, visto que visam encorajar as mulheres a amamentar, o que contribui com o aumento nas taxas de AME e uma conseqüente diminuição do desmame precoce e das doenças da infância (ORÍÁ; XIMENES, 2010).

O enfermeiro auxilia no processo de amamentação e no fortalecimento do vínculo mãe-bebê, por meio de sua assistência que é fundamentada no Processo de Enfermagem (PE).

Na área da Enfermagem, as ideias advindas de Florence Nightingale ainda são pertinentes atualmente para que se avance no conhecimento sobre o processo de cuidar. Durante toda a história do PE, o significado a ele atribuído e o modo como ele é aplicado à prática profissional são dinâmicos, remodelando-se ao longo do tempo e espaço. Logo, podem-se identificar diferentes gerações do PE, cada uma delas sendo influenciada pela época e, assim, por seus pesquisadores (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A introdução formal do PE na linguagem profissional ocorreu nos anos 50 do século XX, sob influência do método de solução de problemas, que se baseava no método científico de observação, mensuração e análise de dados. Em 1967, o PE foi dividido em quatro fases: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação. Estava implícito nele as habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas necessárias à prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Ainda no final do século XX foi elaborada e aprovada a primeira listagem de problemas/situações que eram reconhecidos na prática como pertencentes ao domínio independente da profissão. Intitulados por Diagnóstico de Enfermagem (DE), estes se definiam como uma função específica da enfermeira, como sendo a identificação do problema e reconhecimento dos seus fatores interrelacionados. Porém, até meados de 1973 a etapa do DE não estava incluída no PE de fato (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Atualmente, o PE está dividido em 5 etapas que são: levantamento de dados; diagnóstico de enfermagem; prescrição, implementação e avaliação. O PE se caracteriza por um processo dinâmico, que auxilia o gerenciamento da informação sobre a clientela e sobre as ações e intervenções que a ela devem ser prestadas. O foco agora é, uma vez que um diagnóstico de enfermagem é delimitado, estipula-se um plano de ação a ser feito. O resultado a ser alcançado é previamente estabelecido, para posterior intervenção, e por fim a avaliação da eficácia da intervenção realizada (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Apesar da ênfase sobre a importância, nos últimos anos, do uso dos diagnósticos de enfermagem para a assistência, estes têm sido pouco utilizados pelos próprios enfermeiros nas unidades hospitalares (INÁCIO *et al.*, 2010). Na classificação de 2012/2014 a NANDA identifica como sendo o diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz a “insatisfação ou dificuldade que mãe, lactente ou criança experimenta com o processo de amamentação”.

Para sua detecção, relacionam-se os seguintes sinais e sintomas, denominados por características definidoras do referido diagnóstico: Ausência de ganho de peso do lactente; Ausência de resposta a outras medidas de conforto; Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina; Descontinuidade da sucção na mama; Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação; Incapacidade do lactente de apreender a região areolo-mamilar corretamente; Lactente chora ao ser posto na mama; Lactente chora na primeira hora após a amamentação; Lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação; Lactente se arqueia na mama; Oportunidade insuficiente de sugar a mama; Perda de peso do lactente sustentada; Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação; Processo de amamentação insatisfatório; Resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar com a boca; Suprimento de leite inadequado percebido (NANDA, 2012/2014).

Seguidos dos fatores relacionados que se intitulam por: Ambivalência materna; Anomalia do lactente; Anomalia do peito materno; Ansiedade materna; Cirurgia prévia de mama; Déficit de conhecimento; Família não oferece apoio; História prévia de fracasso na amamentação; Interrupção na amamentação; Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras; Parceiro não oferece apoio; Prematuridade; Reflexo de sucção do lactente insatisfatório (NANDA, 2012/2014).

O enfermeiro como profissional de saúde, tem a oportunidade de realizar não somente ações educativas, mas, sobretudo assistenciais, especificamente na prevenção e tratamento dos traumas mamilares, ingurgitamento das mamas e mastite, patologias comuns no início da amamentação, responsáveis, algumas vezes, pelo desmame precoce. Desta forma, as ações de enfermagem relacionadas ao Aleitamento Materno (AM) devem ser realizadas de forma sistematizada. Acredita-se que a utilização do DE como etapa do processo de enfermagem, no atendimento ao binômio mãe-filho, durante o período de internação e impreterivelmente nas consultas de enfermagem puerperais e de puericultura na atenção básica, possam contribuir para uma assistência mais direcionada e eficaz, visando reduzir a frequência da amamentação ineficaz, ou desmame precoce (VIEIRA *et al.*, 2011).

Nesta perspectiva, surgiu o seguinte questionamento: qual a frequência do DE amamentação ineficaz entre crianças picoenses menores de 6 meses de idade? Investigar a presença do referido diagnóstico é importante para que ações de promoção da saúde infantil possam ser implementadas a fim de reduzir as taxas de desmame precoce e conseqüentemente favorecer melhores indicadores de saúde para estas crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a frequência do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz em crianças picoenses.

2.2 Específicos

- Verificar a frequência das características definidoras do DE amamentação ineficaz;
- Identificar os fatores relacionados mais frequentes do DE amamentação ineficaz;
- Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas mães pesquisadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Histórico do Aleitamento Materno

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o AM se define como sendo “quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos”. E define o AME como sendo “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 ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos”. Já o AM complementado é “quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido, com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo” (BRASIL, 2009).

A OMS e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que o AME se estabeleça nos seis primeiros meses de vida da criança e o complementado se inicie após esse período e se prolongue por dois anos ou mais. Não é necessário iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança (BRASIL, 2009).

Remetendo-se um pouco à história, a prática da amamentação é recomendada como modelo de alimentação ideal para crianças em seus primeiros meses de vida desde os tempos bíblicos. Nos tempos pré-históricos, quando a mãe não podia amamentar, a criança estava condenada a morte, a menos que outra mulher a substituísse. A urbanização alterou o estilo de vida das famílias quando as mulheres simples do campo, que amamentavam a sua prole e também a de classe superior a sua (as famosas “amas de leite”), estavam se transferindo para as cidades (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

Com a chegada da Revolução Industrial, na segunda metade do século XVIII, a exploração de mão-de-obra, juntamente com os baixos salários, obrigaram a mulher, que antes cuidava da casa e dos filhos, a trabalhar. Com a chegada da mulher no mercado de trabalho, houve mudanças na cultura da sociedade. Com o pouco tempo para amamentar, a ideia de que só o leite materno não era suficiente para nutrição dos bebês e a produção em larga escala de alimentos artificiais, estes foram inseridos na dieta dos lactentes. A linha de raciocínio da mãe era de que o leite industrializado poderia ser mais eficaz, e ainda facilitaria sua rotina. Visto que havia pouco tempo das mesmas para a realização dessa tarefa (de amamentar) e isso resultaria num melhor aproveitamento de tempo (CARMINHA *et al.*, 2010).

A cultura dos leites industrializados no Brasil tem três importantes marcos referenciais no início do século XX. O primeiro, registrado em 1912, refere-se à importação das primeiras remessas de leite condensado e farinha láctea da Suíça. O segundo diz respeito à

ampliação do parque industrial brasileiro em 1921, e o terceiro, registrado no mesmo ano, delimita o começo da fabricação das fórmulas lácteas infantis no País (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

Em contrapartida, apesar de todos os avanços da tecnologia empregada na produção de fórmulas lácteas, a taxa de mortalidade infantil por diarreia em crianças alimentadas com mamadeira, quando comparadas às alimentadas exclusivamente ao seio eram elevadíssimas. Ainda no século XX, os aspectos afetivos da amamentação, demonstraram grande importância no vínculo mãe/bebê, de modo que as manifestações de amor passaram a ser essenciais para a saúde dos lactentes (CARMINHA *et al.*, 2010).

3.2 Benefícios do Aleitamento Materno

O AM associa-se a maior estatura durante a infância e idade adulta, o que pode ser associado com a influência do leite materno no desenvolvimento do eixo hipotálamo-hipófise. As crianças alimentadas com fórmulas apresentam maior ganho ponderal, a prevalência das crianças sem amamentação é de 4,5%, contra 2,8% das que receberam leite materno. Também exerce efeito positivo, no desenvolvimento cognitivo, na performance e QI (coeficiente de inteligência). No desenvolvimento motor e cognitivo, é importante considerar a inteligência da mãe e o grau de estimulação da criança, pois estes podem interferir no desenvolvimento neurológico do bebê (ROCHA, 2010).

Alguns estudos sugerem a diminuição de 41% na incidência de diabetes mellitus tipo 1 nas crianças que recebem leite materno. Diminuição do risco de diabetes tipo 2 na idade adulta e associa-se, também, a menor grau de resistência à insulina nas crianças e adultos jovens. O leite materno é também anti-microbiano e anti-inflamatório, promovendo proteção imunológica e crescimento e maturação dos tecidos gastrointestinais, protegendo o bebê principalmente das infecções diarreicas e respiratórias. Também proporciona uma diminuição no risco de neoplasias e diminuição no risco da síndrome de morte súbita na infância (ROCHA, 2010).

Não é só o bebê que se beneficia com o aleitamento, para a mulher, estima-se que para cada ano de amamentação haja uma redução de 4,3% do risco de câncer de mama e de 15% do risco de diabetes tipo 2, e que para cada mês de amamentação o risco de câncer de ovário seja 2% menor, há uma menor incidência de hemorragia pós-parto, a involução uterina acontece de forma mais rápida, e há um maior espaçamento entre os filhos, devido à amenorreia da lactação (MARTINS; GIUGLIANI, 2012).

Dentre todos esses benefícios, a mulher que amamenta tem também licença à maternidade de 120 dias consecutivos, sem prejuízo no emprego ou na remuneração; direito à garantia no emprego, onde fica proibida a demissão durante o período de gestação e lactação e até cinco meses após o parto; direito à creche, nos estabelecimentos com mais de 30 funcionárias, maiores de dezesseis anos, durante a amamentação; assim como, direito a pausas para amamentar, durante 30 minutos, duas vezes ao dia, até os seis meses de vida do bebê (BRASIL, 2009).

3.3 Programas e Políticas de Apoio ao Aleitamento Materno

No Brasil, a legislação de proteção ao AM é uma das mais avançadas em todo o mundo. Os profissionais de saúde devem conhecer, divulgar e respeitar os instrumentos de proteção à amamentação, monitorando o cumprimento da lei e denunciando as suas irregularidades (BRASIL, 2010).

Em 1981, com a intenção de elevar as taxas de aleitamento, o Brasil implantou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Desde então, a iniciativa é responsável por melhorar os indicadores relativos à oferta e distribuição de leite para recém-nascidos, sobretudo os que estão em UTI neonatal (PORTAL BRASIL, 2010).

A fim de aumentar o acesso, melhorar a qualidade e humanizar a assistência prestada às crianças brasileiras, destacam-se algumas ações que vêm sendo realizadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com os estados e municípios, contando com o apoio de outros setores governamentais e não-governamentais.

Uma das importantes conquistas brasileiras no campo da amamentação foi a criação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL e a Lei nº 11.265/2006. Instrumentos que visam regulamentar a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (até os 3 anos de idade) tais como leites, papinhas, chupetas, mamadeiras e produtos de puericultura em geral. O objetivo da NBCAL é assegurar o uso apropriado desses produtos de forma que não haja interferência na prática do AM. Desta forma, respeitar a NBCAL não é apenas cumprir a legislação, mas contribuir para melhorar os índices de AM e a qualidade de vida das crianças, reduzindo a desnutrição e a mortalidade infantil no nosso país (BRASIL, 2009).

Entre as ações promovidas pelo Ministério da Saúde, há a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RNBLH) é a maior rede do mundo e tem sido reconhecida internacionalmente pela sua qualidade. Esta rede tem a missão de promover a saúde de bebês,

especialmente os pré-termos e de baixo peso para a idade gestacional. É responsável também, pela disseminação de informações educativas para milhares de gestantes. Cerca de 100 mil litros de leite humano são coletados por estes Bancos (FIOCRUZ, 2014).

O Alojamento Conjunto, mais uma ação do Ministério da Saúde, é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Este sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde que o vínculo mãe-filho proporciona. “A Portaria MS/GM nº 1.016/2003, obriga hospitais e maternidades vinculados ao SUS, próprios e conveniados, a implantarem alojamento conjunto (mãe e filho juntos no mesmo quarto) 24 horas por dia” (BRASIL, 2009).

O Método Mãe-Canguru, também conhecido como “contato de pele” ou “cuidado Mãe-Canguru”, foi criado em 1979 por médicos colombianos e trazido ao Brasil em 1991 pelo Hospital “Guilherme Álvaro” localizado em Santos, São Paulo. Esse método visa a humanização do atendimento ao bebê prematuro e de baixo peso, melhorando o vínculo entre a mãe e o filho, diminuindo o tempo de separação, estimulando a prática da amamentação, diminuindo a infecção hospitalar, e a permanência do bebê no hospital. São 123 maternidades do SUS que já contam com profissionais treinados na Metodologia Mãe-Canguru (REIS *et al.*, 2009).

Dentre um dos mais importantes programas de apoio ao AM, há a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC) que é uma criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). O Brasil adotou a medida em 1992 pelo Ministério da Saúde, a estratégia tem por objetivo mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. E conseqüentemente, aumentar a prevalência do AM, de forma a propiciar uma melhor interação entre o binômio mãe-filho, e promover mudanças culturais sobre o uso de chupetas, mamadeiras e leites industrializados. Constitui-se de metas, denominadas de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, a serem seguidas pelos hospitais nos períodos de pré-natal, nascimento e pós-parto (FIGUEIREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012).

3.4 O papel do Enfermeiro na promoção do aleitamento materno

A Enfermagem, deve estar preparada para acompanhar diretamente o processo de amamentação, o crescimento e desenvolvimento da criança, logo no período pós-parto. Tanto

em atendimentos individuais, nas consultas de puericultura, quanto nas visitas domiciliares (VIEIRA *et al.*, 2011).

O Brasil já dispõe de uma política nacional de promoção, proteção e apoio ao AM. A existência de alguns projetos já vem contribuindo para o reconhecimento internacional dos Programas de Aleitamento Materno no Brasil. No entanto, nada disso seria possível sem a persistência e luta diária dos profissionais de enfermagem, que estão presentes na base do Sistema de Saúde do país.

A Enfermagem inicia a sua atuação nas estratégias de educação em saúde, promovendo e protegendo a saúde de mãe e bebê, primeiramente no acompanhamento pré-natal. É aqui que as orientações sobre amamentação, duração ideal do AM, as consequências do desmame precoce, importância do alojamento conjunto, técnica de amamentação, problemas e dificuldades que possam vir a surgir, os direitos da mãe, do pai e a criança devem ser feitas, não só à gestante, assim como, também, a seus familiares (BRASIL, 2009).

A enfermagem deve também incluir a família dessa mulher em todo esse processo. Ajudando e informando ao pai da criança sobre a importância que os cuidados que ele pode oferecer, tanto a mãe, quanto ao bebê, têm nesse momento tão especial para todos. A figura da avó também tem grande participação nesse momento, pois ela pode favorecer ou dificultar a amamentação. Já que é comum as avós transmitirem às suas filhas, ou noras recomendações quanto ao uso de água, chás e outros leites nos primeiros seis meses de vida do bebê. Se faz importante incluir o pai, a avó e os parentes mais próximos no aconselhamento à amamentação, para que práticas nocivas à criança não continuem sendo transmitidas às novas gerações de mães. Com informação adequada e diálogo essas pessoas podem exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida (BRASIL, 2009).

Todo o modelo assistencial, utilizando o PE age como forma de fortalecimento da assistência de enfermagem, podendo ser utilizado tanto no âmbito hospitalar, quanto na atenção básica.

4 METODOLOGIA

Este presente estudo faz parte de um projeto maior, intitulado por “Tendências e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses”, advindo do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, na área de Saúde da Criança da Universidade Federal do Piauí, campus Senador Helvídio Nunes de Barros.

4.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, de natureza descritiva do tipo transversal. Segundo Gil (2010) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

De acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (2003), estudos transversais são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população com base na avaliação do estado de saúde de cada um dos membros, e daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado.

4.2 Local e Período

O estudo foi realizado em um hospital público de referência do município de Picos – PI e, também, durante visita domiciliar na data dos completos 30 dias de vida do RN. O referido hospital atende pacientes oriundos de 42 municípios do Vale do Rio Guaribas. Picos é uma cidade da região Sudeste Piauiense, que faz parte da Macrorregião 3 – Semiárido, território do Vale do Guaribas. Fundada em 12 de dezembro de 1890, está a 206 m de altitude, 320 km distante de Teresina (capital do Estado) e tem uma população estimada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 73.414 habitantes (BRASIL, 2010).

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) o referido hospital possui atualmente 133 leitos, apresenta em suas instalações físicas: Urgência e Emergência com consultórios médicos, sala de pequenas cirurgias, sala de atendimento indiferenciado, sala de gesso, sala de higienização, sala de repouso/observação; Ambulatorial com clínicas indiferenciado, odontologia, sala de cirurgia ambulatorial, sala de enfermagem, sala de imunização sala de repouso indiferenciado e pediátrico; Hospitalar com sala de cirurgia, sala de cirurgia ambulatorial, sala de recuperação, sala de parto normal, leitos de alojamento conjunto, leito de recém-nascido (RN) normal e RN patológico; Serviços de Apoio dispendo de ambulância, central de esterilização de materiais, farmácia, lactário, lavanderia, necrotério, S. A. M. E. ou S. P. P. (Serviço de Prontuário de Pacientes), serviço de manutenção de equipamentos e serviço social.

4.3 População e Amostra

A população foi composta por 16 crianças nascidas vivas no período de setembro de 2013 a junho de 2014. Para estimativa do tamanho da população, utilizou-se o número de nascidos vivos de mães residentes em Picos e cujo parto aconteceu no referido hospital, totalizando 16 nascidos vivos. Tivemos perdas devido a mudança de endereço de algumas mães e a desistência de algumas após iniciada a pesquisa.

4.4 Critérios de Seleção da Amostra

Os participantes foram selecionados de forma consecutiva, à medida que foram nascendo, e que preencheram os critérios de elegibilidade. Para participar, as crianças e mães tiveram que atender os seguintes critérios de inclusão: Criança nascida viva, no período da coleta (setembro de 2013 a junho de 2014); Criança cujo responsável aceitou participar da pesquisa e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, assim como responsáveis menores de 18 anos, assinaram o termo de assentimento.

Foram considerados critérios de exclusão: RN com muito baixo peso ao nascer inferior a 1.500g ou com idade gestacional (método Capurro) menor que 32 semanas, que impossibilitasse a permanência em alojamento conjunto; Óbito materno; Destino da puérpera – unidade semiintensiva; Mãe com sorologia positiva para HIV no pré-natal registrada em prontuário.

4.5 Coleta de Dados

Para coletar os dados, foi utilizado um formulário (apêndice A) adaptado da NANDA 2012/2014. Aos completos 30 dias de vida, observou-se a prevalência, em uma mamada, das características definidoras para o DE, assinalando entre as opções “sim” ou “não”, os seguintes quesitos: A ausência de peso do lactente a partir do ganho de peso, que seria ideal entre 150 a 210g por semana; A ausência de resposta a outras medidas de conforto; A ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina, observando se houve vazamento ou “fisgada”; Se houve descontinuidade da sucção na mama, havendo sugadas rápidas; Se houve esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação, quando as mamas permanecem cheias mesmo após a mamada; Se houve incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar corretamente, observando se a pega estava correta: boca bem aberta, lábio inferior virado para fora, língua acoplada em torno do seio, bochechas redondas, mais aréola em torno da boca do bebê, sugadas lentas e profundas, episódios e pausas, e quando se pode ver e ouvir a deglutição; Se o lactente chorava ao ser posto na mama; ou se chorava na

primeira hora após a amamentação; Se o lactente se arqueava na mama; Se foi observado oportunidade insuficiente de sugar a mama; Se houve perda de peso do lactente sustentada; Se houve persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação; Se houve processo de amamentação insatisfatório; Se houve resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar com a boca; Se houve suprimento de leite inadequado percebido, que se designa pelo número reduzido de micções por dia (menos que 6 a 8) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, perda de peso maior que 10% do peso de nascimento, não recuperação do peso de nascimento em até 2 semanas de vida, ausência de urina por 24 horas, ausência de fezes amarelas no final da primeira semana e sinais clínicos de desidratação.

O formulário seguiu da mesma forma, contendo as opções “sim” ou “não” para os itens dos fatores relacionados: Se houve ambivalência materna; Se havia alguma anomalia no lactente; Se havia alguma anomalia no peito materno; Se havia ansiedade materna relacionada à amamentação; Se houve cirurgia prévia de mama; Se foi percebido déficit de conhecimento da mãe; Se a família não oferecia apoio; Se houve história prévia de fracasso na amamentação; Ou se houve interrupção na amamentação; Se o lactente recebe/recebeu alimentação suplementar com mamadeiras; Se o parceiro não oferece apoio; e se o reflexo de sucção do lactente era insatisfatório.

O diagnóstico *amamentação ineficaz* esteve presente quando mãe e/ou criança apresentaram seis ou mais características definidoras correspondentes àquelas encontradas na Taxonomia da NANDA (NANDA, 2012/2014).

A coleta de dados antropométricos (peso, estatura, perímetro cefálico (PC), perímetro torácico (PT) e perímetro abdominal (PAB)) foi realizada por estudantes de enfermagem e nutrição devidamente treinados, conforme técnicas padronizadas. Para aferição do peso foi utilizada uma balança pediátrica mecânica da marca Welmy, devidamente calibrada. A criança estava despida no momento da aferição. A mensuração do comprimento foi realizada utilizando estadiômetro infantil de madeira, com a criança em decúbito dorsal sobre superfície plana e firme, mantendo joelhos em extensão e calcâneo apoiado; o pé foi mantido em 90°. Na realização das medidas dos perímetros utilizou-se fita métrica inelástica e flexível e a aferição foi feita nas regiões padronizadas: PC: utilizando como marcadores a região frontal, occipital e linha acima da inserção da orelha; PT: na altura dos mamilos; PAB: na linha do coto umbilical/cicatriz umbilical (SOUZA, 2011). Os dados antropométricos foram coletados em dois momentos: ao nascer, ainda na maternidade do referido hospital e durante visita

domiciliar aos completos 30 dias de vida. Na maternidade ainda foi determinada a frequência de AM, AME e na 1ª hora de vida.

4.6 Análise e Interpretação dos dados

Os dados foram organizados em tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais e em medidas de tendência central e de dispersão e testes de associação.

4.7 Aspectos Éticos e Legais

Para a realização do estudo seguiu-se todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) que rege pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi devidamente encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí.

Os pais maiores de 18 anos e/ou responsáveis pelas crianças foram informados quanto aos objetivos do estudo e concordaram em participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B).

Para pais menores de 18 anos, foi solicitada a autorização do responsável legal, neste caso, os avós da criança (apêndice C), assim como, também, o termo de assentimento (apêndice D).

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em tabelas, de acordo com a ordem estabelecida no instrumento aplicado, visando uma melhor compreensão dos dados encontrados.

Contudo é importante ressaltar que para compor a discussão deste trabalho foram utilizadas literaturas disponíveis ligadas ao conhecimento dos determinantes do Aleitamento Materno em crianças menores de seis meses.

TABELA 1 - Caracterização dos recém-nascidos por dados antropométricos. Picos, 2014. n=16.

Variáveis	SW (Valor p)	Média	Desvio-padrão	Mediana
Peso ao nascer (gr)	0,340	3337,50	471,20	3275,00
Comprimento ao nascer (cm)	0,673	49,06	2,56	49,50
Perímetro cefálico ao nascer (cm)	0,076	34,19	1,60	34,00
Perímetro torácico ao nascer (cm)	0,149	33,33	1,87	33,00
Perímetro abdominal ao nascer (cm)	0,285	31,00	2,00	30,00
Peso atual (gr)	0,688	4005,33	689,19	4200,00
Comprimento aos 30 dias (cm)	0,204	51,71	2,94	51,50
Perímetro cefálico aos 30 dias (cm)	0,557	35,71	2,33	36,00
Perímetro torácico aos 30 dias (cm)	0,311	35,14	2,95	36,00
Perímetro abdominal aos 30 dias (cm)	0,113	34,36	4,44	33,50

SW: Shapiro-Wilk.

As crianças avaliadas na tabela acima apresentaram as seguintes características ao nascimento: peso médio de 3337,50 g, comprimento médio de 49,06 cm, perímetro cefálico médio de 34,19 cm, perímetro torácico médio de 33,33 cm e perímetro abdominal médio de 31,00 cm.

Tendo em vista que os bebês obtiveram um ganho de peso na média de 0,660 gramas durante os seus primeiros 30 dias de vida, sendo que o recomendável é um ganho entre 150 a 210g por semana.

TABELA 2 - Frequência do AME e AM ao nascer e AM na 1ª hora de vida. Picos, 2014. n=16.

Frequência	AME		AM		Amamentação na 1ª hora de vida	
	f	%	f	%	F	%
Sim	15	93,8	16	100,0	13	81,3
Não	1	6,3	-	-	3	18,8

A Tabela 2 mostra que todas as crianças pesquisadas estavam em AM (100%). Entretanto, apenas 13 foram amamentadas na 1ª hora de vida e 15 estavam em AME.

TABELA 3 - Caracterização da presença do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz. Picos, 2014. n=16.

DE	F	%
Sim	6	37,5
Não	10	62,5

A frequência do DE nas mães pesquisadas foi de 37,5%, considerando o trigésimo dia de vida do lactente.

TABELA 4 - Distribuição da amostra por características definidoras. Picos, 2014. n=16.

Variáveis	f	%	Percentil
Descontinuidade da sucção na mama	11	68,8	
Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação	10	62,5	
Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação	9	56,3	75%
Ausência de ganho de peso do lactente	9	56,3	
Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina	6	37,5	
Perda de peso do lactente sustentada	6	37,5	50%
Lactente chora na primeira hora após a amamentação	5	31,3	
Lactente exhibe agitação na primeira hora após a amamentação	4	25,0	
Suprimento de leite inadequado percebido	4	25,0	
Lactente chora ao ser posto na mama	3	18,8	25%
Oportunidade insuficiente de sugar a mama	3	18,8	
Processo de amamentação insatisfatório	2	12,5	
Incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar corretamente	1	6,3	
Lactente se arqueia na mama	1	6,3	
Resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar com a boca	1	6,3	<25%

De acordo com a tabela 4, que apresenta os resultados de variáveis referentes às CD do presente DE, não houve nenhuma característica unânime. As mais frequentes foram “Descontinuidade da sucção da mama” (11); seguida de “Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação” (10); e “Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação” (9), que estiveram presentes no percentil acima de 75%. Três características estiveram presentes em apenas 1 bebê, “Incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar corretamente”, “Lactente se arqueia na mama”, e “Resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar com a boca”, e se encontram no percentil abaixo dos 25%.

TABELA 5 - Caracterização dos fatores relacionados. Picos, 2014. n=16.

Variáveis	F	%
Reflexo de sucção do lactente insatisfatório	15	93,8
Família não oferece apoio	8	50,0
Ansiedade materna	6	37,5
Déficit de conhecimento	6	37,5
Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras	6	37,5
Parceiro não oferece apoio	6	37,5
Ambivalência materna	3	18,8
História prévia de fracasso na amamentação	3	18,8
Anomalia do peito materno	1	6,3
Cirurgia prévia de mama	1	6,3
Interrupção na amamentação	1	6,3

De acordo com a tabela 5, que apresenta os resultados de variáveis referentes aos FR do DE em questão, houve prevalência do FR “Reflexo de sucção do lactente insatisfatório” (15); seguida de “Família não oferece apoio” (8); “Ansiedade materna”, “Déficit de conhecimento”, “Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras”, e “Parceiro não oferece apoio” que estão no mesmo patamar (6); “Ambivalência materna”, e “História prévia de fracasso na amamentação” (3); “Anomalia do peito materno”, “Cirurgia prévia de mama”, e “Interrupção na amamentação” (1).

Tabela 6 - Relação entre a Amamentação na 1ª hora de vida e a presença do DE. Picos, 2014.

Variáveis		DE		Valor p
		Sim	Não	
Amamentou na 1ª hora de vida	Sim	6	7	0,250*
	Não	0	3	

*Teste exato de Fisher

Os dados da tabela 6 mostram que não houve diferença entre as médias da amamentação na 1ª hora de vida e a presença do DE Amamentação Ineficaz.

Tabela 7 - Relação entre a frequência do AME e a presença do DE. Picos, 2014.

Variáveis		DE		Valor p
		Sim	Não	
Frequência do AME	Sim	6	9	1,000*
	Não	0	1	

*Teste exato de Fisher

Os dados da tabela 7 mostram que não houve diferença entre as médias da frequência do AME e a presença do DE.

Tabela 8. Relação entre o peso ao nascer e o DE. Picos, 2014.

DE		N	Média	Valor p
Peso ao nascer	Sim	6	3301,67	0,618*
	Não	10	3359,00	

*Teste exato de Fisher

Os dados da tabela 7 mostram que não houve diferença entre as médias do peso ao nascer e a presença do DE.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo o DE Amamentação Ineficaz foi identificado em 37,5% dos RN pesquisados. O que confirma as pesquisas de Silva *et al.*, (2013); Abrão; Gutierrez; Marin (2005); Inácio *et al.*, (2010); Vieira *et al.*, (2011); que encontraram as seguintes porcentagens para o DE: 13,25%; 66,6%; 11,5%; 26,6%, respectivamente.

Silva *et al.*, (2013), encontrou o DE Amamentação Ineficaz como o segundo diagnóstico mais recorrente em sua pesquisa. E apresentou como CD mais frequentes: “Criança exhibe agitação” (100%) e “Lactente chora ao ser posto na mama” (90,9%).

O estudo de Inácio *et al.*, (2010), encontrou em 100% de sua amostra as CD “Processo de amamentação insatisfatório”, “Descontinuidade de sucção na mama”, “Suprimento de leite inadequado percebido” e “Incapacidade da criança de aprender a região areolar mamilar corretamente”.

O presente estudo aponta a relação existente à medida que essas mesmas características foram encontradas nas porcentagens: 12,5%; 68,8%; 25%; 6,3%, respectivamente.

Já Abrão; Gutierrez; Marin (2005), também encontraram a CD “Processo de amamentação insatisfatório” com frequência de 100% de ocorrência. Porém, esta característica não apareceu isoladamente em nenhum dos casos, sempre veio acompanhada de outras características, sendo considerada pelos autores como característica principal deste diagnóstico, por ter uma amplitude muito grande. A característica “Descontinuidade da sucção na mama” foi a que mais próxima ficou da frequência de 50%.

Em outro estudo analisado, apresentou-se como CD predominantes: “Suprimento de leite inadequado percebido” (75,0%); “Persistência dos mamilos doloridos após primeira semana de amamentação” (62,5%); e “Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação” (50,0%) (VIEIRA *et al.*, 2011).

No estudo de Silva *et al.*, (2013), os FR encontrados foram, principalmente, “Ansiedade materna” (72,7%) e “Déficit de conhecimento” (27,3%).

Já na pesquisa de Inácio *et al.*, (2010), as CD estavam relacionadas ao único FR identificado, “Reflexo de sucção da criança insatisfatório”, estando este presente em 100% dos casos.

Vieira *et al.*, (2011), apresentou como principais FR: “Déficit de conhecimento sobre amamentação” (100,0%), “Alimentação suplementar com mamadeiras” (87,5%); e “Ansiedade materna” (75,0%).

No corrente estudo não houve nenhum FR presente em 100% dos casos, o que mais se aproximou da unanimidade foi “Reflexo de sucção do lactente insatisfatório” (93,8%).

Em relação à CD mais frequente encontrada neste estudo, “Descontinuidade da sucção da mama” (68,8%), esta pode ser explicada pelo uso de alimentação suplementar com a introdução de substitutos ou complementos. Já tem sido identificada, em diversos estudos observacionais, a relação sobre a duração do AM com as mamadeiras ocasionais, ou com o uso de chupetas durante o período pós-parto. Ainda que sua relação causal direta sobre a duração do AM é, todavia, pouco clara e seu uso poderia ser, na realidade, um sintoma da aparição de dificuldades iniciais no aleitamento, essa ação pode ser intensificada pela falta de conhecimentos sobre amamentação presente em boa parte das puérperas (ROIG *et al.*, 2010).

O bico tanto das mamadeiras, como das chupetas é um bico já formado, fazendo com que o bebê se acostume a essa comodidade e não aprenda a pegar o mamilo de sua mãe, fazendo com que haja essa descontinuidade de sucção.

A segunda característica mais prevalente, “Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação” (62,5%), é explicada por que nesse período, geralmente já ocorreu a apojadura, fase em que quase sempre existe um desequilíbrio entre o que a mulher produz e o que a criança mama, ocorrendo acúmulo de leite nos alvéolos, ductos e ampolas, favorecendo o esvaziamento insuficiente. Esse esvaziamento insuficiente da mama ou estase láctea pode estar relacionado ao posicionamento e prensão incorretos, obstrução de ductos, dificuldade de ejeção láctea e mamilos traumatizados, ou malformados, ao uso de complementos, à prematuridade e a fatores emocionais, atuando como bloqueadores do reflexo hipófise-mama (ABRÃO; GUTIERREZ; MARIN, 2005).

A dor durante o processo de ejeção do leite é apontada como principal fator que leva ao desmame precoce e, conseqüentemente interfere na plenitude das mamadas. Este processo, explicitado na terceira CD mais prevalente, “Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação” (56,3%), ocorre nas primeiras experiências da amamentação e, portanto concentram-se nos primeiros dias pós-parto. Vivenciar tais intercorrências na primeira semana pós-parto tende a gerar tensão nas nutrizes (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

Segundo Coca *et al.*, (2009), a falta de informação sobre o manejo e a experiência prévia com a amamentação tem correlação com a presença de fissuras mamilares e o ingurgitamento mamário, que são as principais causas da dor, pois a mulher, na presença da dor, tende a não querer amamentar, agravando ainda mais o quadro de ingurgitamento.

Os sentimentos positivos ou negativos vinculados a experiências anteriores de amamentação influem na realização da mesma, de forma a contribuir com as tomadas de decisões da puérpera. Dentre os aspectos analisados nestas experiências, estão: o prazer que detinham ao realizar a prática, o comportamento da criança na amamentação e o apoio familiar recebido ao longo da mesma. Neste sentido, as primíparas estão mais vulneráveis aos fatores que promovem o desmame (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

A ansiedade materna é apontada como um dos fatores mais frequentes entre as puérperas que apresentam amamentação ineficaz, juntamente com a falta de conhecimentos sobre amamentação presente em boa parte das puérperas e a suplementação alimentar prematura (VIEIRA *et al.*, 2010). Outros fatores como a história prévia de fracasso na amamentação, a falta de apoio do parceiro e a falta de apoio do profissional contribuem para o surgimento do DE em questão (ROIG *et al.*, 2010).

A introdução de alimentação suplementar antes dos seis meses de vida da criança pode ser explicada pela necessidade da puérpera em retornar à rotina de trabalho. Porém, puérperas que recebem apoio de programas de incentivo ao AM, durante o puerpério e anterior ao retorno ao trabalho, tem menos chance de desmamar precocemente suas crianças (VIEIRA *et al.*, 2011).

A prática da amamentação cada vez mais priorizada pelo Ministério da Saúde, e outras organizações, vem surgindo com tímido efeito, mas com percentis que qualificam boa a iniciativa tomada pelas mães quanto ao processo de amamentar. A atuação efetiva do enfermeiro, na amamentação, com orientações precisas sobre as etapas de ordenha manual do leite para conservar a sua produção, armazenamento do leite, e o oferecimento deste em copo, pode evitar falhas na assistência e aumentar a adesão da puérpera ao AME. O enfermeiro deve considerar, como apoio, a família e o contexto que cerca esta puérpera (PEREIRA *et al.*, 2010).

A enfermagem tem o papel, além de promover a saúde das famílias, de proporcionar cuidados mais abrangentes, como o suporte psicológico para essa nova mãe, pai e familiares. E utilizar de artifícios para driblar a cultura antiga de que bebê saudável, é bebê que além do leite materno, também come papinhas, mingau e comidas suplementares. Se o enfermeiro realmente quer apoiar o aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele. Precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças.

7 CONCLUSÃO

Ao finalizar o estudo, pôde-se concluir que os objetivos do mesmo foram atingidos com êxito, pois foi analisada a frequência do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz em crianças picoenses, a frequência das características definidoras do DE amamentação ineficaz, assim como a identificação dos fatores relacionados mais frequentes do DE amamentação ineficaz.

O DE amamentação ineficaz foi encontrado na minoria da população analisada. As características definidoras mais frequentes foram “Descontinuidade da sucção na mama”, “Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação”, “Ausência de ganho de peso do lactente” e “Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação”. Os fatores relacionados mais frequentes foram “Reflexo de sucção do lactente insatisfatório”, “Família não oferece apoio” “Ansiedade materna”, “Déficit de conhecimento”, “Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras” e “Parceiro não oferece apoio”.

As limitações do estudo são identificadas pela amostra que se caracteriza pequena por que houve perdas devido à dificuldade de acesso às mães, seja pela recusa em participar da pesquisa, ou pela difícil acessibilidade às mesmas e até mesmo mudança de endereço de algumas, identificada na visita domiciliar aos completos 30 dias de vida do recém-nascido e a desistência de outras após iniciada a pesquisa.

Encontramos dificuldades, também, referentes à pequena quantidade de artigos publicados sobre o DE em questão. Pois quando se faz uma pesquisa sobre AM, uma vasta quantidade de arquivos é encontrada. Porém, quando o tema se restringe a diagnóstico de enfermagem, esse acervo diminui consideravelmente. Por esse motivo, utilizou-se a referência encontrada, ignorando o fato de que era antiga, ou não.

Este estudo contribui para a prática de enfermagem a fim de nos fazer entender que o diagnóstico não pode ser uma fase isolada de todo o processo assistencial de enfermagem, este deve ser utilizado com o objetivo de direcionar a ação de enfermagem para uma intervenção e/ou resolução positiva que atenda as necessidades da mãe e RN.

Com base nos achados deste estudo, sugere-se que os novos trabalhos abordem mais sobre o tema em questão. Visando aprofundar o conhecimento do enfermeiro sobre os diagnósticos e intervenções de sua própria profissão, propiciando ajudar mais e melhor as mães e bebês que são acometidos por esse problema.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, A.C.F.V.; GUTIERREZ, M.G.R.; MARIN, H.F. [The ineffective breastfeeding nursing diagnosis-study of the identification and clinical validation.]. **Acta Paul Enferm.** v.18, n.1, p.46-55. a. 2005.

ABREU, F.C.P.; FABBRO, M.R.C.; WERNET, M. FATORES QUE INTERVÊM NA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev Rene.** v.14, n.3, p.610-9, a.2013.

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.

BRASIL. **Resolução CNS 466/12.** Dispõe sobre diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. **Resolução COFEN-358/2009.** 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. **Disponível em:** <http://novo.portalfcofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 14 jan. 2014.

CAMINHA, M.F.C. *et al.* Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev Saúde Pública.** v.44, n.2, p.240-8, a.2010.

CARMINHA, M.F.C *et al.* Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Rev. Bras. Matern. Infant.** v.10, n.1, p.25-37, a.2010.

CASTILHO, S.D; BARROS FILHO, A.A. The history of infant nutrition. **J Pediatr.** v.86, n.3, p.179-188, a.2010.

CHAVES, M.M.N *et al.* Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP.** v.45, n.1, p.199-205, a.2011.

COCA, K.P. *et al.* Trauma mamilar na maternidade. **Jornal de Pediatria.** v.85, n.4, p.341-345, a.2009.

DEMÉTRIO, F.; PINTO, E.J.; ASSIS, A.M.O. 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.** v.28, n.4, p.641-654, a.2012.

FIGUEREDO, S.F; MATTAR, M.J.G; ABRÃO, A.C.F.V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.3, p.459-63, a.2012.

- FIO CRUZ, 2014. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1523&sid=238>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2014.
- GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. PROCESSO DE ENFERMAGEM: DA TEORIA À PRÁTICA ASSISTENCIAL E DE PESQUISA. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v.13, n.1, p.188-193, a.2009.
- INÁCIO, C.C.N. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em unidades de alojamento conjunto. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.6, p.894-9, a.2010.
- NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014. **ArtMed.** 2012.
- KLETEMBERG, D.F. *et al.* O Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.1, p.26-32, a.2010.
- MARTINS, E.J.; GIUGLIANI, E.R.; Which women breastfeed for 2 years or more?. **J Pediatr.** v.88, n.1, p.67-73, a.2012.
- ODDY, W.H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. **J Pediatr.** v.89, n.2, p.109-111, a.2013.
- ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Tradução e adaptação cultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* para o português. **Acta Paul Enferm.** v.23, n.2, p.230-238, a.2010.
- PEREIRA, R.S.V. *et al.* ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E O CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA. **Cad. Saúde Pública.** v.26, n.12, p.2343-2354, a.2010.
- PORTAL BRASIL, 2010. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2010/12/programa-nacional-de-incentivo-ao-aleitamento-materno>>. Acesso em 14 de janeiro de 2014.
- RAMOS, C.V. *et al.* Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.24, n.8, p.1753-1762, a.2008.
- RAMOS, C.V. *et al.* Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina -Piauí. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v.19, n.2, p.115-124, a.2010.
- REIS, *et al.* Programas de Incentivo ao Aleitamento Materno. **NUTRIR GERAIS – Revista Digital de Nutrição.** v.2, n.3, p.4-5, a.2009.
- ROCHA, S. Os benefícios do leite materno. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde.** v.2, n.7, p.204-216, a.2009.
- ROIG, A.O. *et al.* Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.18, n.3, p.08 t, a.2010.

Silva, E.P. *et al.* Diagnosticos de enfermagem relacionados a amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Rev Bras Enferm.** v.66, n.2, p.190-5, a.2013.

Vieira, F. *et al.* DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO NO PUERPÉRIO IMEDIATO. **Rev Rene, Fortaleza.** v.12, n.3, p.462-70, a.2011.

Vieira, G.O. *et al.* Fatores preditivos da interrupção do aleitamento. **Jornal de Pediatria.** v.86, n.5, p.441-444, a.2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A: FORMULÁRIO 1 – VISITA AOS 30 DIAS DE VIDA DO RN

NOME DA MÃE: _____

VISITA () 30 DIAS DE VIDA DATA DA COLETA: ____/____/____

PESO: _____ gramas COMPRIMENTO: _____ cm PC: _____ cm PT: _____ cm

PAB: _____ cm

VISITA AOS 30 DIAS DE VIDA (observar uma mamada)	
01) Ausência de ganho de peso do lactente (Ganho entre 150 a 210g por semana)?	1 Sim() 2 Não()
02) Ausência de resposta a outras medidas de conforto?	1 Sim() 2 Não()
03) Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina? (vaza, “fisgada”)	1 Sim() 2 Não ()
04) Descontinuidade da sucção na mama? (sugadas rápidas)	1 Sim () 2 Não ()
05) Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação? (mamas cheias)	1 Sim() 2 Não()
06) Incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar corretamente? (pega correta: boca bem aberta; lábio inferior virado para fora; língua acoplada em torno do seio; bochechas redondas; mais aréola em torno da boca do bebê; sugadas lentas e profundas, episódios e pausas; pode ver e ouvir a deglutição).	1 Sim() 2 Não ()
07) Lactente chora ao ser posto na mama?	1 Sim () 2 Não ()
08) Lactente chora na primeira hora após a amamentação?	1 Sim () 2 Não ()
09) Lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação?	1 Sim () 2 Não ()
10) Lactente se arqueia na mama?	1 Sim () 2 Não ()
11) Oportunidade insuficiente de sugar a mama?	1 Sim () 2 Não ()
12) Perda de peso do lactente sustentada?	1 Sim () 2 Não ()
13) Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação?	1 Sim () 2 Não()
14) Processo de amamentação insatisfatório?	1 Sim () 2 Não ()
15) Resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar com a boca?	1 Sim () 2 Não ()
16) Suprimento de leite inadequado percebido? (reduzido número de micções por dia (menos que 6 a 8) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras; perda de peso maior que 10% do peso de nascimento, não recuperação do peso de nascimento em até 2 semanas de vida, ausência de urina por 24 horas, ausência de fezes amarelas no final da primeira semana e sinais clínicos de desidratação)	1 Sim () 2 Não ()
17) Ambivalência materna?	1 Sim () 2 Não ()
18) Anomalia do lactente?	1 Sim () 2 Não ()
19) Anomalia do peito materno?	1 Sim () 2 Não ()
20) Ansiedade materna?	1 Sim () 2 Não ()
21) Cirurgia prévia de mama?	1 Sim () 2 Não ()
22) Déficit de conhecimento?	1 Sim () 2 Não ()
23) Família não oferece apoio?	1 Sim () 2 Não ()
24) História prévia de fracasso na amamentação?	1 Sim () 2 Não ()
25) Interrupção na amamentação?	1 Sim () 2 Não ()
26) Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras?	1 Sim () 2 Não ()
27) Parceiro não oferece apoio?	1 Sim () 2 Não ()
28) Reflexo de sucção do lactente insatisfatório?	1 Sim () 2 Não ()

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

(para mães com 18 anos de idade ou mais)

Título do projeto: Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança
 Pesquisador responsável: Luisa Helena de Oliveira Lima
 Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Curso de Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
 Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99253737
 Pesquisadores participantes: Edina Araújo Rodrigues Oliveira
 Telefones para contato: (89) 99848049

A senhora está sendo convidada para participar, como voluntário, em uma pesquisa. A senhora precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a senhora não será penalizada de forma alguma.

Meu nome é Luisa Helena de Oliveira Lima, sou enfermeira e professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento, uma pesquisa sobre os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição.

Existem vários fatores que podem influenciar no aleitamento materno. Como exemplo posso citar o tempo que a senhora estudou na escola, o peso do bebê, o uso de chupeta pelo bebê, dentre outros. Neste estudo, pretendo identificar os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses.

Caso aceite, os acadêmicos irão preencher um formulário com o(a) senhor(a) para obter informações sobre a sua gravidez, o seu parto, a alimentação do seu filho e vai examinar seus seios. Além disso, a criança será pesada e serão medidos o comprimento, o tamanho da cabeça e a largura do peito e da barriga. Este exame físico não trará risco para a criança e o desconforto será o mínimo possível. O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças menores de 6 meses no município de Picos.

A senhora terá o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se a senhora concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____,

abaixo assinado, concordo em participar do estudo Tendência e determinantes do aleitamento

materno em crianças picoenses menores de 6 meses, como sujeito e permito a participação do meu filho. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses. Eu discuti com o acadêmico _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação e do meu filho é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em Participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se a senhora tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para mães menores de 18 anos de idade)

Título do projeto: Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança

Pesquisador responsável: Luisa Helena de Oliveira Lima

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Curso de Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99253737

Pesquisadores participantes: Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Telefones para contato: (89) 99848049

A filha da senhora e seu(sua) neto(a) estão sendo convidados para participar, como voluntário, em uma pesquisa. O(a) senhor(a) precisa decidir se quer que eles(as) participem ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que sua filha e seu(sua) neto(a) façam parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) senhor(a), sua filha e seu(sua) neto(a) não serão penalizados(as) de forma alguma.

Meu nome é Luisa Helena de Oliveira Lima, sou enfermeira e professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento, uma pesquisa sobre os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição.

Existem vários fatores que podem influenciar no aleitamento materno. Como exemplo posso citar o tempo que a mãe estudou na escola, o peso do bebê, o uso de chupeta pelo bebê, dentre outros. Neste estudo, pretendo identificar os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses.

Caso aceite, os acadêmicos irão preencher um formulário com sua filha para obter informações sobre a gravidez dela, o parto dela, a alimentação do(a) seu(sua) neto(a) e vai examinar os seios da sua filha. Além disso, a criança será pesada e serão medidos o comprimento, o tamanho da cabeça e a largura do peito e da barriga. Este exame físico não trará risco para a criança e o desconforto será o mínimo possível. O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças menores de 6 meses no município de Picos.

A senhora terá o direito de desligar sua filha e seu(sua) neto(a) da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se a senhora concordar que sua filha e seu(sua) neto(a) participem do estudo, os nomes e identidades serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo que minha sua filha e meu(minha) neto(a) participem do estudo Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses, como sujeitos. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses. Eu discuti com o acadêmico _____ sobre a minha decisão em permitir a participação da minha filha e meu(minha) neto(a) nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação da minha filha e meu(minha) neto(a) é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se a senhora tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICE D: TERMO DE ASSENTIMENTO
(para mães menores de 18 anos de idade)

Título do projeto: Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança
 Pesquisador responsável: Luisa Helena de Oliveira Lima
 Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Curso de Enfermagem / Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
 Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99253737
 Pesquisadores participantes: Edina Araújo Rodrigues Oliveira
 Telefones para contato: (89) 99848049

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Meu nome é Luisa Helena de Oliveira Lima, sou enfermeira e professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento, uma pesquisa sobre os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição.

Existem vários fatores que podem influenciar no aleitamento materno. Como exemplo posso citar o tempo que a senhora estudou na escola, o peso do bebê, o uso de chupeta pelo bebê, dentre outros. Neste estudo, pretendo identificar os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses.

Caso aceite, os acadêmicos irão preencher um formulário com você para obter informações sobre a sua gravidez, o seu parto, a alimentação do seu filho e vai examinar seus seios. Além disso, a criança será pesada e serão medidos o comprimento, o tamanho da cabeça e a largura do peito e da barriga. Este exame físico não trará risco para a criança e o desconforto será o mínimo possível. O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças menores de 6 meses no município de Picos.

Você terá o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Os dados serão apresentados em eventos científicos da área da Saúde, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu,

RG

_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo
 Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6

meses, como sujeito e permito a participação do meu filho. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses. Eu discuti com o acadêmico _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação e do meu filho é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local _____ e _____ data _____

Nome e Assinatura do sujeito: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 201__.

Pesquisador responsável

Observações complementares

Se a senhora tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A: CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde da criança

Pesquisador: LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13927513.1.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal:

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 372.190

Data da Relatoria: 26/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto intitulado ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA, por meio do qual serão desenvolvidas estratégias para promoção da saúde da criança por meio do incentivo ao aleitamento materno efetivo e duradouro no município de Picos-PI. Uma vez capacitados, os estudantes desenvolverão mensalmente, juntamente e sob a supervisão dos docentes, atividades junto às puérperas, por meio da construção e aplicação de estratégias educativas, discussões em grupo, realização de dinâmicas, entre outros recursos que favoreçam a participação ativa da mãe no processo de aprendizagem.

Estudo de natureza descritiva do tipo transversal, pois serão investigados a tendência e os determinantes do aleitamento materno em crianças

picoenses menores de 6 meses. O estudo será realizado em um hospital público de referência do município de Picos - PI.

A população será composta por todas as crianças nascidas vivas no período de abril de 2013 a março de 2014. Para estimativa do tamanho da população, utilizou-se o número de nascidos vivos de mães residentes em Picos e cujo parto

aconteceu no referido hospital, totalizando 700 nascidos vivos. A amostra será censitária, pois trabalharemos com todos os nascidos vivos. Os

participantes serão selecionados de forma consecutiva, à medida que forem nascendo, e que

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela			
Bairro: Ininga SG10		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (863)215-5734	Fax: (863)215-5660	E-mail: cep.ufpi@ufpi.br	

Continuação do Parecer: 572.190

preencherem os critérios de elegibilidade. Para participar as crianças e mães terão que atender os seguintes critérios de inclusão: - criança nascida viva, no período da coleta (maio de 2013 a abril de 2014); - criança cujo responsável aceite participar da pesquisa e assine o termo de consentimento livre e esclarecido. Serão considerados critérios de exclusão: - RN com muito baixo peso ao nascer inferior a 1.500g ou com idade gestacional (método Capurro) menor que 32 semanas, que impossibilite a permanência em alojamento conjunto; - óbito fetal ou neonatal precoce; - óbito materno; - destino da puérpera & unidade semiintensiva; - mãe com sorologia positiva para HIV no pré-natal registrada em prontuário.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Desenvolver estratégias para promoção da saúde da criança por meio do incentivo ao aleitamento materno efetivo e duradouro no município de Picos-PI.

Objetivo Secundário:

Investigar a tendência e os determinantes do aleitamento materno em crianças picoenses menores de 6 meses. Traçar o perfil socioeconômico e sanitário das crianças e mães pesquisadas; Analisar a prevalência de aleitamento materno (AM) e de aleitamento materno exclusivo (AMEX) ao nascer, aos 120 e 180 dias de vida da população estudada; Descrever os fatores de proteção do AM e AMEX na população estudada; Levantar as dificuldades para desenvolvimento do AM e AMEX na população pesquisada; Identificar fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este exame físico não trará risco para a criança e o desconforto será o mínimo possível.

Benefícios:

O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno em crianças menores de 6 meses no município de Picos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto desenvolverá estratégias para promoção da saúde da criança por meio do incentivo ao aleitamento materno efetivo e duradouro no município de Picos-PI, pelo que já revela a sua importância.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 572.180

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Atualização da resolução que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos - Res. 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerada sanada a pendência relativa ao cronograma, somos pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 26 de Agosto de 2013

Assinador por:
Alcione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
 Bairro: Ininga SG10 CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (863)215-5734 Fax: (863)215-5660 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br