

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

ITAMARA DANTAS SILVA

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: amamentação ineficaz em crianças
picoenses**

PICOS – PIAUÍ
2016

ITAMARA DANTAS SILVA

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: amamentação ineficaz em crianças
picoenses**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Edina Araújo Rodrigues Oliveira.

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

S586d Silva, Itamara Dantas da.
Diagnóstico de enfermagem: amamentação ineficaz em crianças picoenses / Regianne Kellyne Carneiro de Sousa. – 2016.
CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (48 f.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2016.

Orientador(A): Prof.ª. Ma. Edina Araújo Rodrigues Oliveira

1. Amamentação-Crianças-Picos. 2. Amamentação-Diagnóstico de Enfermagem. 3. Aleitamento Materno-Saúde da Criança. I. Título.

CDD 649.3

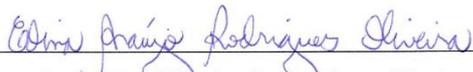
ITAMARA DANTAS SILVA

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: AMAMENTAÇÃO INEFICAZ EM
CRIANÇAS PICOENSES**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 02/03/2016

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Me. Edina Araújo Rodrigues Oliveira
Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI- CSHNB
Presidente da Banca



Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima
Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI- CSHNB
1º. Examinador



Profa. Me. Laura Maria Feitosa Formiga
Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI- CSHNB
2º. Examinador

Dedico este trabalho a **Deus**, por me dar forças nos momentos mais difíceis, e por me guardar debaixo do seu poderoso amparo, a minha mãe **Maria Inês Macedo Dantas**, por seu amor incondicional e a professora **Edina Araújo Rodrigues Oliveira**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por sempre estar presente na minha vida, me fazendo a cada dificuldade uma pessoa mais forte e mais confiante, por a sua proteção divina livrando-me de todos os males e por me proporcionar momentos de realização como este.

À minha mãe **Inês**, por ter dedicado parte da sua vida inteiramente ao meu cuidado. Agradeço por ser essa pessoa tão especial e insubstituível, por sempre acreditar em mim me colocando para cima nos momentos difíceis. Sei que sem a senhora este sonho nunca poderia ser concretizado. Muito obrigada por tudo mãe. Te amo.

Ao meu pai **Itamar**, que mesmo estando distante torceu muito para que eu concluísse a minha formação e por sua sinceridade quanto aos ensinamentos de vida.

Ao meu avô, **Natanael**, pelas diversas vezes em que me falou de Deus e do seu poder quanto as pessoas que acreditavam na sua palavra. Por todas as orações feitas, para que eu pudesse passar de período e alcançar a almejada profissão.

À minha irmã **Lívia**, pela sua contagiante alegria e inacabável energia para fazer-me sorrir sempre.

Ao meu afilhado **Raimundo Neto** e meu “sobrinho” **Thiago**, por me proporcionarem noites imensamente alegres, com suas danças e brincadeiras.

A minha tia **Margarida**, por seu exemplo de vida e pelas palavras que me fazem ir mais longe e cada vez mais confiante de que tudo irá dar certo.

A minha madrinha **Márcia**, por seus conselhos e atenção, apoiando-me nas decisões.

Ao **Francisco**, pelo companheirismo, paciência e palavras de apoio quanto as dificuldades enfrentadas ao longo do curso.

A **Prof. Me. Edina Araújo Rodrigues Oliveira**, por aceitar ser minha orientadora naquela altura do campeonato. Por sua paciência, dedicação e palavras que sempre me levou a querer mais e mais.

A **Banca Examinadora**, por julgar este trabalho, querendo sempre o meu melhor, e a todos **professores**, por acrescentarem os meus conhecimentos.

Aos meus **amigos** por estarem sempre presente na minha vida e pela força ao longo do curso.

A todos muito obriga

*Você é mais forte do que pensa e será
mais feliz do que imagina (Autor
desconhecido).*

RESUMO

O aleitamento materno é uma prática que vem sofrendo grandes variações, desde a amamentação ineficaz até o desmame precoce, podendo ocasionar alterações no crescimento e desenvolvimento. O leite materno é a primeira fonte de imunoglobulinas que a criança recebe nas primeiras horas de vida, sendo este chamado de colostro, que é vital para o crescimento contínuo. Por esta razão o estudo objetivou-se avaliar o diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz em crianças picoenses. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, realizado com 60 puérperas da zona urbana do município de Picos-PI. O estudo foi realizado no período de Março de 2015 a Fevereiro de 2016, em cinco Estratégias de Saúde da Família, da zona urbana da cidade de Picos Piauí, totalizando uma amostra de 60 participantes. A coleta de dados foi realizada através de visitas domiciliares a puérperas. Foram aplicados formulários em dois momentos: a criança no sétimo dia de vida e depois no trigésimo dia de vida. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí, com número do parecer 058657/2014. A média da idade da maioria das mulheres participantes da pesquisa foi de 25,02 anos, com escolaridade média de 10,04 anos. Quanto aos dados antropométricos, os recém-nascidos obtiveram média de peso de 3299,26 g ao nascer, e com 30 dias de vida peso médio de 4798,45 g. Em relação ao acompanhamento pré-natal, 89,7% das mulheres realizaram consultas de pré-natal, sendo que 20,7% realizaram 10 consultas. O parto cesáreo esteve presente em 62,1% dos partos. Sobre os problemas mamários, 17,2% apresentaram mamilos dolorosos, 8,6% fissura mamilar. Demoraram em média 4,6 minutos para amamentar seus filhos pela primeira vez. O Fator Relacionado mais frequente foram Ansiedade materna e Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras com 31% ambos os casos. A Característica Definidora com maior grau de significância foi lactente chora na primeira hora após a amamentação. Foi visto que as gestantes precisam de um acompanhamento mais integral, pois as orientações dadas no acompanhamento pré-natal não estão sendo suficientes ou não estão sendo repassadas da maneira correta. Assim o profissional enfermeiro deve realizar práticas de educação em saúde frisando quanto a importância do aleitamento materno, intensificando ainda mais esta conduta durante o puerpério.

Palavras-chaves: aleitamento materno, diagnóstico de enfermagem, saúde da criança.

ABSTRACT

Breastfeeding is a practice that has undergone great changes since the ineffective breastfeeding to early weaning, may cause changes in growth and development. Breast milk is the primary source of immunoglobulins that the child receives the first hours of life, which is called colostrum, which is vital for continued growth. For this reason the study aimed to evaluate the nursing diagnosis ineffective breastfeeding people from Pico children. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with 60 mothers of the urban area of the municipality of Picos-PI. The study was conducted from March 2015 to February 2016 in five Health Strategies for the Family, the urban area of Piauí Picos, with a total sample of 60 participants. Data collection was conducted through home visits to mothers. forms were applied in two stages: the child on the seventh day of life and after the thirtieth day of life. The project was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Piauí, with the opinion 058657/2014 number. The average age of most women participating in the study was 25.02 years and mean schooling of 10.04 years. In demographics, the newborns were average weight of 3299.26 g at birth, and 30 days of life average weight of 4798.45 g. Regarding prenatal care, 89.7% of women received prenatal consultations, and 20.7% had 10 queries. Cesarean section was present in 62.1% of births. About breast problems, 17.2% had painful nipples, 8.6% cracked nipples. They took on average 4,6 minutes to breastfeed their children for the first time. The factor most frequent were related maternal anxiety and Infant receives supplementary feeding bottles with 31% both. The defining characteristic with higher degree of significance was crying infant in the first hour after breastfeeding. It has been seen that pregnant women need a more comprehensive follow-up, because the guidance given in prenatal care are not sufficient or are not being transferred properly. So the nurse should carry out health education practices as stressing the importance of breastfeeding, further intensifying this conduct

Keywords: breastfeeding, nursing diagnosis, child health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de tabelas

Tabela 1	Caracterização das mães em relação a renda, escolaridade e idade. Picos-PI, 2016. n=60.	28
Tabela 2	Caracterização dos recém-nascidos por dados antropométricos. Picos-PI, 2016. n=60	28
Tabela 3	Caracterização da presença do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz. Picos-PI, 2016. n=60.	29
Tabela 4	Distribuição das mães por dados obstétricos. Picos-PI, 2016. n=60.	29
Tabela 5	Distribuição dos problemas mamários e o tempo da amamentação da primeira hora de vida. Picos-PI, 2016. n=60.	30
Tabela 6	Caracterização dos Fatores Relacionados. Picos-PI, 2016. n=60.	30
Tabela 7	Relação entre o diagnóstico amamentação ineficaz e as Características Definidoras. Picos-PI, 2016. n=60.	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AI	Amamentação Ineficaz
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CD	Características Definidoras
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EE	Evolução de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fatores Relacionados
HE	Histórico de Enfermagem
IE	Intervenção de Enfermagem
LM	Leite Materno
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Planejamento de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Pacakage for the Social Sciences
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Benefícios do Aleitamento Materno	17
3.2	Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz	19
4	METODOLOGIA	23
4.1	Tipo de estudo	23
4.2	Local e período de realização do estudo	23
4.3	População e amostra	23
4.4	Variáveis do estudo	24
4.4.1	Dados socioeconômicos	24
4.4.2	Dados antropométricos	24
4.4	Coleta de dados	25
4.5	Análise dos dados	26
4.6	Aspectos éticos	26
5	RESULTADOS	28
6	DISCUSSÃO	33
7	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICES	40
	Apêndice A- Formulário 1	41
	Apêndice B- Formulário 2	42
	Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	43
	Apêndice D- de Assentimento Livre e Esclarecido	45
	ANEXOS	47
	Anexo A- Parecer consubstanciado do CEP	48

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é uma prática que vem sofrendo grandes variações, desde a amamentação ineficaz até o desmame precoce, podendo ocasionar alterações no crescimento e desenvolvimento. O leite materno (LM) é a primeira fonte de imunoglobulinas que a criança recebe nas primeiras horas de vida, sendo este chamado de colostro, que é vital para o crescimento contínuo, porém ainda existem muitas mães que não entendem ou não sabem da importância dessa alimentação, talvez por não terem tido um acompanhamento correto durante a gravidez ou por acreditarem em mitos relacionados a amamentação.

Para que o aleitamento materno exclusivo (AME) seja bem sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação. Por que as mães oferecem chás, água ou outro alimento? Porque acham que a criança está com sede, para diminuir as cólicas, para acalmá-la a fim de que durma mais, ou porque pensam que seu leite é fraco ou pouco e não está sustentando adequadamente a criança (BRASIL, 2010).

Muitas puérperas acreditam que o leite é insuficiente para a criança, sendo assim, complementam a alimentação com água, chás e sucos. Daí a importância da orientação quanto ao AM, pelo enfermeiro, como por exemplo, manter a criança em AME até os seis meses de idade e como fazer uma pega correta. Após essa orientação, pede-se a mãe para que coloque a criança no braço e a dê de mamar, a fim de observar se a mãe está amamentando a criança corretamente.

A enfermagem tem sido uma importante aliada nas práticas no sentido de apoiar, orientar e informar a mulher sobre a promoção do AM, uma vez que esta prática promove, conseqüentemente, a saúde da criança (CHAVES et al., 2011). Por isso, a assistência de enfermagem é um passo muito importante para esse período do desenvolvimento, pois será a porta chave para uma boa amamentação, para que a criança cresça com saúde.

O MS (2010) estima um aumento de 10,2% de crianças amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade. Foram avaliados os dados de pesquisas e a saúde pública de menores, podendo ser percebidos os altos índices de desmame precoce, surgindo assim o interesse de buscar e pesquisar sobre essa

problemática. Portanto os profissionais da área da saúde, tem a responsabilidade de desenvolver ações de prevenção que sejam eficazes e que possam produzir impacto na melhoria da saúde da criança.

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é um importante aliado na melhoria do AM, pois a partir dele pode-se identificar falhas como por exemplo o porque da descontinuidade da amamentação. Entretanto, a prática do AME até os seis meses de idade não está consolidada na sociedade brasileira, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), 2010. Os índices indicam que houve aumento expressivo de crianças que o receberam até os seis meses de idade, mas as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde ainda estão longe de serem alcançadas (CHAVES et al., 2011), isto se dar talvez por a falta de orientação que a gestante deveria receber durante o pré-natal e pelo próprio desinteresse da mãe em querer amamentar a criança.

É importante discutir os DE amamentação ineficaz, pois são a partir deles que serão projetadas as novas orientações e a consequente melhoria nesse processo. De acordo com a NANDA (2012-2014), Domínio 7 das relações e papéis, define-se amamentação ineficaz por: insatisfação ou dificuldade que a mãe, lactente ou criança experimenta com o processo de amamentação. Tendo suas características definidoras e fatores relacionados.

De acordo com a resolução do COFEN nº 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), considera que esta organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem (PE), que é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.

O PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. II – Diagnóstico de Enfermagem (DE) – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família

ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. III –Planejamento de Enfermagem (PE) – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de DE. IV – Implementação de Enfermagem (IE)– realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de PE. V – Avaliação de Enfermagem (AE) – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE. (BRASIL, 2009)

O PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. (BRASIL, 2009).

O estudo objetivou-se avaliar o Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz em crianças picoenses, traçando o perfil socioeconômico e sanitário das crianças pesquisadas; Verificar a frequência das características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz; Identificar os fatores relacionados mais frequentes do Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar o diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz em crianças picoenses.

2.2 ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil socioeconômico e sanitário das crianças pesquisadas;
- Relacionar as características definidoras com o Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz;
- Identificar os fatores relacionados mais frequentes do Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Benefícios do Aleitamento Materno

O LM é o alimento essencial e mais completo para a criança, pois é o único que oferece substâncias e nutrientes que esta precisa para crescer e se desenvolver com saúde. Como se sabe, para a criança são muitas as vantagens da amamentação, pois recebe alimento completo, sem necessidade de qualquer acréscimo até os seis meses de idade, além de ajudar na excreção do mecônio e de conferir proteção contra infecções. É válido ressaltar que o AM tem fundamental importância na promoção do contato entre mãe e filho, fortalecendo, assim, o vínculo entre ambos, principalmente quando o parto é vaginal (SILVA et al, 2013).

Segundo Roig et al., (2010), a prática do AME por seis meses reduz o risco de infecções e previne deficiências de crescimento. A OMS recomenda a amamentação de forma exclusiva durante os seis primeiros meses de vida, amamentando ainda até os dois anos porém inserindo alimentos complementares. Além disso, traz benefícios para a saúde da mulher, tais como: estímulo a regressão uterina; auxílio no retorno ao peso inicial; prevenção ao câncer de ovário, útero e mamas; diminuição do risco da mãe sofrer hemorragia e anemia no pós-parto, dentre outros (RAMOS et al., 2008).

A amamentação tão logo iniciada influenciará na duração e tipo de aleitamento, além de ser extremamente importante para formação do vínculo mãe e filho. O acontecimento da amamentação, na primeira hora de vida da criança, é determinado pelas orientações recebidas sobre as vantagens do AM durante o pré-natal, pelo tipo de parto e pela gestação a termo (VIEIRA et al, 2011).

Além de todos os benefícios já bastante estudados e conhecidos do AM, agrega-se mais um, que é a proteção contra o sobrepeso e a obesidade durante toda a infância, independentemente da idade da criança, da renda familiar, do estado nutricional e da escolaridade dos pais (SIMON; SOUZA, 2009).

Por isto a importância quanto orientação da gestante a partir do pré-natal. Esta orientação feita no período correto, reduz o risco da criança adquirir doenças crônicas, em virtude dos nutrientes presentes no LM. Conseqüentemente, em relação às dimensões hormonais que estão diretamente envolvidas na vinculação materna, pois ocorre um aumento significativo nos valores de ocitocina, cortisol e prolactina (FIGUEIREDO, 2003).

Baseados nos diversos benefícios da amamentação, comprovados cientificamente, surgiram várias iniciativas voltadas ao incentivo do AME. No Brasil, em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e a normatização do Alojamento Conjunto (AC). Em 1988 foram criadas as Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes e as Normas para funcionamento dos Bancos de Leite, e em 1990 idealizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas (UNICEF) a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (VIEIRA et al, 2011).

Resultados de um estudo de meta-análise, realizado sob os auspícios da OMS, baseado em dados provenientes de três continentes, demonstraram que as crianças que não recebem AM nos primeiros dois meses de vida, o risco de morte aumenta em 5,8 vezes, quando comparados aos que são amamentados. A causa principal dessas mortes são doenças infecciosas (CARVALHO et al, 2014).

A probabilidade das crianças brasileiras estarem sendo amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida é de somente 9,3% em todo o país. Na Região Nordeste, esta taxa é ainda mais baixa, correspondendo a 8,4%. Com relação à prevalência do AME em menores de seis meses de vida, esta é de 41% no conjunto das capitais brasileiras e a Região Nordeste apresentou o valor mais baixo correspondendo a 37,0%. No Ceará, porém, a prevalência do AME até os quatro meses de vida da criança passou de 55,6%, em 1999, para 71,1%, em 2009, demonstrando um crescimento de 28% em 10 anos. Em Fortaleza, no mesmo período, essa taxa foi de 32,9%. Observa-se, pois, que os municípios do interior parecem alavancar bem mais a prevalência de AME do que a capital e que apesar do incentivo à amamentação, pautado em políticas nacionais e internacionais, as taxas de AM e de AME, no Brasil, estão aquém do recomendado (FREITAS et al, 2014).

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 AME. A formação cultural dessa mãe em relação ao conhecimento de achar que só o LM 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 AM. Por isto se dá a orientação que os primeiros seis meses de vida

a criança deve ser amamentada em AME, porém verifica-se muito as mães oferecerem leite artificial, chás e água. (SANTANA et al, 2015).

Por ser um fenômeno socialmente determinado, somente a informação e o conhecimento sobre a importância do LM podem diminuir os índices de interrupção da amamentação. Essas informações devem ser repassadas principalmente durante o acompanhamento gestacional como por exemplos em palestras de educação em saúde, pois este é o momento onde as dúvidas irão ser sanadas. A desinformação ocorre por inúmeras condições adversas, inclusive quando as próprias condições materiais da vida das mulheres não lhes permitem aleitar (CHAVES et al, 2011).

3.2 Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz

A SAE tem um enfoque holístico e consiste em um modo organizado e planejado de guiar as ações e os cuidados de enfermagem afim de que as necessidades individuais do cliente possam ser atendidas, além de prevenir possíveis agravos (FREITAS et al., 2014). O Processo de Enfermagem (PE) está inserido na SAE e divide-se em cinco etapas: Histórico de Enfermagem (HE); Diagnóstico de Enfermagem (DE); Planejamento de Enfermagem (PE); Implementação de Enfermagem (IE) e Evolução de Enfermagem (EE).

O DE está inserido na SAE e é de fundamental importância quando o assunto se faz de um tema único na vida da mulher, AM, que é um respeitável aliado contra infecções que os Recém-Nascidos (RN) podem sofrer durante a sua vida, funcionando assim como uma barreira protetora.

Sendo praticamente o item mais importante para estruturar o conhecimento da Enfermagem o DE direciona a necessidade de cuidados do paciente e define o papel do enfermeiro. A atividade diagnóstica aproxima o enfermeiro de seus clientes, facilitando, assim, o desenvolvimento de sua assistência, ao mesmo tempo em que se constitui em um instrumento facilitador das ações de enfermagem, uma vez que apontam as devidas intervenções de acordo com a necessidade do paciente (SILVA et al, 2013).

De acordo com a NANDA (2012-2014), as CD principais são: Ausência de ganho de peso do lactente; 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 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. E os principais FR são: 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; Reflexo de sucção do lactente insatisfatório.

A utilização da Taxonomia de DE da NANDA-I favorece uma visão mais integral das puérperas no contexto da comunidade. A avaliação dos diagnósticos de amamentação direciona a assistência de enfermagem durante a fase puerperal, o que contribui para humanização durante o atendimento voltado para as reais necessidades das puérperas frente à amamentação e, facilita a comunicação entre os profissionais da área (VIERA et al., 2011). O apoio, a avaliação e a assistência feita no domicílio pelo enfermeiro, além de favorecer um maior vínculo da equipe de saúde com as puérperas, contribuem para uma assistência mais individualizada, resolutiva e de qualidade, fazendo com que a mulher se adapte melhor a essa nova fase da vida. a essa nova fase de vida.

As ações de promoção do AM devem ser disparadas, predominantemente, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas quais estão inseridos os enfermeiros, que devem desenvolver além de atividades educativas abordando a superioridade do leite materno e o modo de amamentar eficazmente, monitorar as nutrizes e, assim, estabelecer o DE amamentação ineficaz o mais precoce possível, a gerar maiores chances de sucesso às intervenções de enfermagem, onde além da orientação deve ser feito exercícios estimulatórios na aréola, para que o mamilo esteja preparado para o processo de amamentação. Para tanto, cabe ao enfermeiro dispor de conhecimento e de habilidade para exercer a racionalidade clínica adequada para o atendimento das necessidades das nutrizes, o que é possível mediante a SAE (FREITAS et al, 2014).

Desta forma, estas ações estão diretamente relacionadas ao AM onde 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).

O incentivo ao AM apresenta-se como uma das principais funções realizadas por profissionais da atenção básica, desde o momento do pré-natal até o puerpério. O enfermeiro tem extrema importância no incentivo e na manutenção do aleitamento, ao propiciar a realização de orientações e suportes para gestantes e lactantes. É importante tranquilizar a mãe quando a criança não conseguir fazer a pega correta, pois é o primeiro contato direto que a criança tem com a mesma. No entanto, é necessário que estes profissionais estejam capacitados para promover uma prática adequada (CARVALHO et al, 2014).

Para que o enfermeiro se mostre comprometido e assuma esse papel, faz-se necessário que este tenha em mãos uma ferramenta que padronize e dê qualidade e individualidade a esse cuidar. Deste modo, a utilização do DE amamentação embasados no conhecimento prévio das perspectivas e habilidades maternas em amamentação, constitui uma ferramenta de trabalho importante que irá conduzi-lo para uma melhor reflexão, decisão e ação no cuidado ao binômio mãe-filho. A avaliação dos DE amamentação contribui para a individualização e humanização do cuidado, pois estará voltada para as reais necessidades da puérpera frente à amamentação, facilitando também a comunicação entre os profissionais responsáveis por este cuidar (CARVALHO et al, 2014).

A equipe de saúde que atende o binômio mãe-filho precisa estar capacitada para prestar uma assistência adequada. O enfermeiro, como membro desta equipe, tem um papel importante, seja educativo ou assistencial, devido a conhecimentos e habilidades que possui (ABRÃO, 2005).

Destaca-se também a importância de desenvolvimento de novos estudos principalmente em relação à confiança materna no seu amamentar, pois esse conhecimento permite ao profissional previamente elaborar ações e estratégias mais direcionadas, podendo levar, a médio e longo prazo, a redução dos altos índices de desmame precoce, melhorando assim a qualidade de vida do filho e da mãe (CARVALHO et al, 2014).

A enfermagem tem um papel relevante nesse período tão importante da vida de uma mulher, a gestação. A orientação é o primeiro passo para uma gestação

tranquila e saudável, sendo importante lembrar que as mesmas não devem ser feitas apenas quando a criança nasce e sim no início do pré-natal, pois é a partir dela que a gestante irá se sentir a vontade para conversar, tirar dúvidas e receber todas as orientações possíveis. Só assim o risco DE amamentação ineficaz será diminuído.

4 METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de uma pesquisa intitulada “Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida”.

4.1 Tipo de estudo

Estudo de natureza descritiva do tipo transversal, pois foram investigados o Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz em crianças picoenses. As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então, o estabelecimento de relações entre as variáveis. E os estudos transversais analisam os dados em determinado período de tempo, ou seja, os dados são coletados em uma determinada ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários períodos de tempo (GIL, 2011).

4.2 Local e período do estudo

O presente estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde das ESF da zona urbana do município de Picos – PI, no período de Março de 2015 a Fevereiro de 2016.

O município de Picos situa-se na região centro-sul do Piauí, que faz parte da Macrorregião 3 – Semi-árido, território do Vale do Guaribas. Fundada em 12 de dezembro de 1890, está a 206m de altitude, 320 km distante de Teresina (capital do Estado), é atravessada pela BR-316 ou Rodovia Transamazônica, BR 407, e fica muito próxima a BR-020. Possui uma população estimada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 73.414 habitantes (BRASIL, 2010).

4.3 População e amostra

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Picos, há um total de 36 ESF, sendo: 26 na zona urbana e 10 na zona rural. Trabalhamos por conveniência com cinco equipes da zona urbana que possuem um número considerável de crianças nascidas vivas cadastradas (BRASIL, 2014).

A população foi composta por todas as crianças nascidas vivas no período de Março de 2015 a Fevereiro de 2016. Para estimativa do tamanho da população, utilizou-se o número de crianças nascidas vivas cadastradas no SIAB no mês de Março do corrente ano e residentes na zona urbana de Picos, totalizando 60 crianças. A amostra foi censitária, pois trabalhamos com todos os nascidos vivos.

Para participar as crianças e mães tiveram que atender os seguintes critérios de inclusão:

- criança nascida viva, no período da coleta (Março de 2015 a Fevereiro de 2016);
- criança cujo responsável assine o termo de assentimento livre e esclarecido e aceite participar da pesquisa;
- residir na zona urbana do município de Picos-PI.

Foram considerados como critérios de exclusão:

- participantes que mudaram de endereço durante a pesquisa.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis abordadas nesta proposta de pesquisa podem ser agrupadas em dados socioeconômicos e antropométricos.

4.4.1 Dados socioeconômicos

Renda familiar: será considerado o valor bruto dos vencimentos mensais da família do pesquisado, em reais.

Escolaridade das mães: foi considerada em anos de estudo.

Idade: será computada em dias e anos de vida.

4.4.2 Dados antropométricos

A coleta de dados antropométricos (peso, estatura, perímetro cefálico (PC), perímetro torácico (PT) e perímetro abdominal (PAB)) foi realizada por estudantes de enfermagem devidamente treinados, conforme técnicas padronizadas.

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).

Peso: para a aferição do peso foi utilizada uma balança pediátrica do modelo Family BWF (Tanita Corp Arlington Heights, Estados Unidos) devidamente calibrada.

Estatura: foram aferidas em cm, precisão de 1mm, com estadiômetro portátil inextensível.

Perímetros: foram aferidos em cm, precisão de 1mm, com estadiômetro portátil inextensível.

4.5 Coleta de dados

Para coletar os dados, foram utilizados dois formulários (apêndices A e B) adaptados e elaborados a partir de outros estudos e publicações científicas (BOCCOLINI *et al.*, 2011; CAMINHA *et al.*, 2010; BRASIL, 2009). O formulário 1 contém informações sobre identificação da criança, antropometria ao nascimento, dados sobre a gravidez e pré-natal da mãe, condições do parto e aleitamento materno no primeiro dia de vida. O formulário 2 contém informações sobre o DE amamentação ineficaz, onde foram coletadas 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 “fiscada”; 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.

A coleta de dados foi realizada no domicílio das puérperas com a utilização de técnicas padronizadas para as medidas antropométricas, buscando minimizar os riscos mínimos da pesquisa, tais como o seu constrangimento ao responder as perguntas, e o manuseio da criança.

4.6 Análise dos dados

Para análise estatística, utilizou-se o pacote estatístico SPSS, versão 20.0 para Windows (Statistical Pacakage for the Social Sciences). Os dados foram organizados em tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais em medidas de tendência central e de dispersão e testes de associação, de acordo com a literatura vigente.

4.7 Aspectos éticos

Para a realização do estudo foram seguidos todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 (BRASIL, 2013) que rege pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, parecer 058657/2014.

Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice C, e/ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), Apêndice D, como condição *sine qua non* para a participação na produção dos dados. Foi garantido o direito ao anonimato de todos os dados colhidos e liberdade para participar do estudo ou dele desistir em qualquer momento.

A pesquisa trouxe riscos mínimos, tais como o seu constrangimento ao responder as perguntas, e o manuseio do seu filho. No entanto, evitou-se tais situações tendo em vista o menor incômodo possível, ocorrendo o esclarecimento de todo e qualquer procedimento.

Houve benefício indireto para o participante, já que trata de um estudo sobre as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar no primeiro mês de vida, buscando a promoção de uma vida adulta saudável.

5 RESULTADOS

Os dados coletados foram organizados por grupos de respostas, apresentados em tabelas e analisados com a utilização da estatística descritiva, conforme observa-se a seguir. A literatura utilizada para discussão desse trabalho, foram ligadas ao conhecimento dos determinantes do AM em crianças menores ou igual a seis meses.

Tabela 1 - Caracterização das mães em relação à renda, escolaridade e idade. Picos – PI, 2016. n=60.

Variáveis	KS (Valor p)	Média	Desvio-padrão	Mediana
Renda familiar	0,000	993,67	578,163	788,00
Escolaridade da mãe	0,200	10,04	3,375	10,00
Idade da mãe	0,027	25,02	6,225	25,00

KS: Kolmogorov-Smirnov

A tabela acima mostra que a renda mensal média das parturientes inseridas na amostra foi de 993,67 reais, a média de escolaridade foi de 10 anos, com idade média de 25,02 anos.

Tabela 2 - Caracterização dos recém-nascidos por dados antropométricos. Picos - PI, 2016. n=60.

Variáveis	KS (Valor p)	Média	Desvio-padrão	Mediana
Peso ao nascer (gr)	0,200	3299,26	417,836	3290,00
Comprimento ao nascer (cm)	0,007	48,755	2,4568	49,000
Perímetro cefálico ao nascer (cm)	0,002	34,15	1,429	34,00
Perímetro torácico ao nascer (cm)	0,033	33,211	1,6254	33,00
Perímetro abdominal ao nascer (cm)	0,068	32,02	1,994	32,00
Peso aos 30 dias (gr)	0,019	4798,45	1012,320	4600,00
Comprimento aos 30 dias (cm)	0,200	55,535	4,0431	56,00
Perímetro cefálico aos 30 dias (cm)	0,000	38,66	4,518	37,50
Perímetro torácico aos 30 dias (cm)	0,002	39,143	4,8866	38,00
Perímetro abdominal aos 30 dias (cm)	0,000	39,93	4,987	39,00

KS: Kolmogorov-Sminorv

De acordo com a tabela 2, as crianças pesquisadas apresentaram peso médio ao nascer de 3299,26 g, o comprimento com média de 48,75 cm, perímetro cefálico médio de 34,15 cm, perímetro torácico médio de 33,21 cm, perímetro abdominal médio 32,02 cm. A média do peso aos 30 dias de vida, foi 4798,45.

Tabela 3 - Distribuição das mães por dados do pré-natal e obstétricos. Picos - PI, 2016. n=60.

Variáveis	F	%
Pré-Natal	52	89,7
Quantidade de consultas		
1	1	1,7
4	2	3,4
5	5	8,6
6	8	13,8
7	7	12,1
8	6	10,3
9	5	8,6
10	12	20,7
11	1	1,7
13	3	5,2
14	1	1,7
Não sabe	2	3,4
Orientações sobre AM	44	75,9
Tipo de parto		
Vaginal	17	29,3
Cesárea	36	62,1

A tabela 4, mostra que 89,7% das mães realizaram o pré-natal, sendo que 20,7% fizeram dez consultas de pré-natal. E 75,9% das puerpéras receberam orientação sobre AM.

Tabela 4 - Distribuição dos problemas mamários e o tempo de amamentação da primeira hora de vida. Picos - PI, 2016. n=60.

Variáveis (ao nascer)	F	%			
Problemas na mama					
Nenhum	32	55,2			
Ingurgitamento dos seios	2	3,4			
Mamilos planos ou invertidos	2	3,4			
Fissura mamilar	5	8,6			
Mamilos dolorosos	10	17,2			
Fissura e mamilos dolorosos	2	3,4			
	KS (Valor p)	Média	IQ	Mediana	
Tempo da primeira amamentação (min)	0,000	281,25	90	60,00	

KS: Kolmogorov-Smirnov IQ: Intervalo interquartilico.

A tabela 5 aponta os principais problemas de mama que são desenvolvidos em mulheres pós-parto. 55,2% das mães não tiveram nenhum problema de mama, porém 17,2% relataram ter mamilos dolorosos e 8,6% fissura mamilar. As mães demoram em mediana 60 minutos para amamentarem seu filho pela a primeira vez.

Tabela 5 - Caracterização da presença do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz. Picos - PI 2016. n=60.

DE	F	%
Sim	7	9,2
Não	51	67,1

A frequência do DE nas mães pesquisadas foi de 9,2%, considerando o trigésimo dia de vida do lactente.

Tabela 6 – Caracterização dos Fatores Relacionados. Picos - PI, 2016. n=60.

Variáveis	F	%
Ambivalência materna	9	15,5
Anomalia do peito materno	1	1,7
Ansiedade materna	18	31,0
Cirurgia prévia de mama	1	1,7
Déficit de conhecimento	4	6,9
Família não oferece apoio	14	24,1
História prévia de fracasso na amamentação	8	13,8
Interrupção na amamentação	8	13,8
Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras	18	31,0
Parceiro não oferece apoio	10	17,2
Reflexo de sucção do lactente insatisfatório	5	8,6

Na tabela 6, as variáveis apresentadas são FR que estão diretamente ligadas ao DE. A prevalência dos FR, foram: “Ansiedade materna” e “Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras” (18). “Família não oferece apoio” (14). “Parceiro não oferece apoio” (10). “Ambivalência materna” (9). “História prévia de fracasso na amamentação” e “Interrupção na amamentação” (8). “Reflexo de sucção do lactente insatisfatório” (5). “Déficit de conhecimento” (4). “Cirurgia prévia de mama” e “Anomalia do peito materno” (1).

Tabela 7 – Relação entre o diagnóstico amamentação ineficaz e as características definidoras. Picos, 2016. n=60.

Características definidoras	AI				Estatísticas
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina					p=0,123
Presente	3		8		RP=3,9
Ausente	4		42		IC=0,73-21,06
Descontinuidade de Sucção da mama					p=0,011
Presente	4		7		RP=12,2
Ausente	2		43		IC=1,88-80,19
Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação					p=0,003
Presente	6		12		RP=18,5
Ausente	1		37		IC=2,02-169,46
Incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar corretamente					p=0,003
Presente	5		7		RP=15,7
Ausente	2		44		IC=2,53-97,32
Lactente chora ao ser posto na mama					p=0,010
Presente	3		2		RP=18,37
Ausente	4		49		IC=2,34-144,04
Lactente chora na primeira hora após a amamentação					p=0,000
Presente	5		4		RP=58,75
Ausente	1		47		IC=5,45-633,11
Lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação					p=0,117
Presente	3		8		RP=4,03
Ausente	4		43		IC=0,75-21,55
Lactente se arqueia na mama					p=0,005
Presente	4		4		RP=15,33
Ausente	3		46		IC=2,50-93,91
Oportunidade insuficiente de sugar a mama					p=0,012
Presente	3		2		RP=17,25
Ausente	4		46		IC=2,19-135,39
Perda de peso do lactente sustentada					p=0,074

Características definidoras	AI				Estatísticas
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
Presente	2		2		RP=9,2
Ausente	5		46		IC=1,05-80,28
Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação					p=0,373
Presente	3		15		RP=1,8
Ausente	4		36		IC=0,35-9,03
Processo de amamentação insatisfatória					p=0,005
Presente	4		4		RP=15
Ausente	3		45		IC=2,44-91,92
Ausência de ganho de peso do lactente					p=0,039
Presente	3	30	7	70	RP=9
Ausente	2	4,5	42	95,5	IC=1,26-63,89
Ausência de respostas a outras medidas de conforto					p=0,063
Presente	2	33,3	4	66,7	RP=10,7
Ausente	2	4,4	43	95,6	IC=1,17-98,15

Quase todas as CD do diagnóstico de amamentação ineficaz apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A maior insignificância foi “Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação” ($p = 0,373$). Dentre as características com significância estatística, a que apresentou maior magnitude de efeito foi: Lactente chora na primeira hora após a amamentação. A razão de prevalência destas características mostrou que as mesmas podem aumentar em até cinquenta e oito vezes as chances da criança apresentar diagnóstico de amamentação ineficaz.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o DE amamentação ineficaz presente nas puérperas assistidas por equipes da estratégia saúde da família do município de Picos – PI.

Nesta investigação a renda familiar obteve média de 993,67 reais, um valor mais significativo que o do estudo de Freitas et al., (2014) pois 49,5% dos participantes tiveram ganho de até um salário mínimo. A média da idade das mulheres pesquisadas foi de 25,02 anos, dado este que ao comparar-se com o mesmo estudo obteve semelhança, pois 61,0% das participantes obtiveram idade de 20 a 35 anos.

Levando em consideração a escolaridade das participantes, a média foi de 10,04 anos de estudo, o que significa ensino fundamental completo. Ao comparar este dado com a pesquisa de Viera et al., (2011) houve então uma mudança, pois 70% das mulheres pesquisadas possuíam ensino médio completo e apenas 3,3% ensino fundamental completo.

De acordo com os dados antropométricos do RN, observou-se a média de peso ao nascer de 3299,26 g, já no estudo de Silva et al., (2013) 84,3% das crianças peso acima de 2,500 g. O peso médio do RN com 30 dias de vida foi de 4798,45 g, tendo um aumento de peso de 1499,19 durante o mês. Ao analisar os resultados, observou-se que as crianças pesquisadas obtiveram aumento de peso maior que o recomendado sendo o ganho de peso ideal para o RN 150 a 210 g por semana. (Santana et al., 2015).

Na tabela 3, 89,7% das puérperas realizaram acompanhamento pré-natal, igualmente o estudo de Alvarenga (2015) onde este dado foi ainda maior (97,3%). 20,7% das participantes realizaram 10 consultas pré-natal, sendo este dado superior ao estudo de Viera et al, (2011) que foi de apenas 20,0%. O MS (2013) preconiza que quantidade mínima de consultas a serem realizadas pelas gestantes são seis, sendo 01 (uma) no primeiro trimestre, 2 (duas) no segundo trimestre e 3 (três) no terceiro trimestre. Neste estudo, 36,2% das mulheres pesquisadas, realizaram de 6 a 8 consultas. Dado este se se mostra inferior quando comparado, ainda, ao estudo de Viera et al, (2011) onde foram realizadas 60,0% de 6 a 8 consultas.

O parto cesáreo foi realizado em 62,1% das mulheres, e o parto vaginal em apenas 29,3%. Estando estes dados inferiores ao estudo de Freitas et al.,

(2014), com 66,3% de partos cesáreas e 36,7% partos vaginais. Ainda, de acordo com Freitas et al., (2014) estudo realizado com 8.397 nutrizes, em 47 maternidades (municipais, federais, militares, estaduais e privadas) no Rio de Janeiro – RJ, identificou-se que o parto cesariano foi responsável por reduzir pela metade a prevalência da amamentação na primeira hora de vida do bebê. Porém na pesquisa de Alvarenga S. C., (2015) os dados foram inferiores ao presente estudo, pois 50,7% foram partos vaginais e 49,3% cesáreos.

Lansky (2012) afirma que nascer antes do tempo, com a retirada brusca do bebê numa cesariana programada sem justificativa técnica, como vem ocorrendo em 80 a 90% dos nascimentos nos hospitais privados, traz sérias consequências que vem sendo demonstradas por vários estudos científicos. Em virtude do processo cirúrgico de uma cesariana, a mãe da criança irá sofrer um trauma por conta das dores, e da demora na recuperação, atrapalhando no processo de amamentação. Outros efeitos adversos pouco valorizados pelos profissionais ocorrem com frequência, como a interferência na relação mãe e bebê (pela própria condição da mulher no pós-operatório, que não está plena como no parto normal), o atraso na descida do leite e início da amamentação, e, portanto, a maior dificuldade de estabelecimento do vínculo, a insatisfação com a experiência pouco natural de parir.

Com relação aos problemas mamários, 55,2% das mães investigadas não tiveram nenhum problema nas mamas durante o processo de amamentação, já 17,2% obtiveram mamilos dolorosos que ao ser comparado com Santana et al., (2015) está em acentuada diminuição pois 56,3% apresentaram mamilos dolorosos. 8,6% apresentaram fissura mamilar, 3,4% ingurgitamento dos seios, 3,4% mamilos planos ou invertidos e 3,4% tiveram dois problemas simultâneos de mama, fissura e mamilos dolorosos.

As mulheres demoraram em média 281,25 minutos para amamentarem seus filhos pela primeira vez, o que corresponde em aproximadamente 4,6 horas. Essa demora para amamentar pela primeira vez se deu por os problemas de mama, e pelo o tipo de parto que foram submetidas. Já em Santana et al., (2015) 81,3% foram amamentadas na primeira hora de vida, restando apenas 18,8% que não foram amamentadas na primeira hora de vida. Já em Alvarenga (2015), 87,7% não foram amamentadas na primeira hora de vida.

De acordo com o MS (2011), a amamentação na primeira hora é um tema de extrema importância social, já que a ação estimula a produção do leite,

a contratura 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. Abreu (2015) complementa dizendo que 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.

O DE amamentação ineficaz esteve presente em 9,2% das crianças pesquisadas. Ao comparar com o estudo de Santana et al., (2015) foi observada uma acentuada diminuição, pois esteve presente em 37,5% das crianças. Em Vieira et al., (2011) o DE amamentação ineficaz esteve presente em 26,6% das crianças, dado este superior quando comparado ao presente estudo.

Com relação ao DE amamentação ineficaz, os FR que mais encontrados foram: “Ansiedade materna” e “Lactente recebe alimentação suplementar com mamadeiras” (31%), essa dado aumentado foi observado também no estudo de Vieira et al., (2011) compondo respectivamente (75,0%) e (87,5%). Provavelmente, a presença desses FR ocorre em virtude das mães oferecerem antecipadamente outros alimentos que não seja o leite materno, visto que o RN fará pouco esforço na sucção do alimento, pois o bico é mais flexível que o mamilo materno, justamente por isso pode acarretar o aumento da ansiedade materna, pelo o fato de não se adaptar a pega ao seio materno.

Ainda em Vieira et al., (2011) foi encontrado em 100% dos casos o FR de “Déficit de conhecimento”, estando presente neste estudo em 6,9% das mulheres pesquisadas, demonstrando a falta de orientação e explicação durante o período gestacional.

O FR “Reflexo de sucção do lactente insatisfatório” esteve presente em 8,6% das puérperas, contudo no estudo de Santana et al., (2015), apresentou-se em 93,8% dos casos. Em Alvarenga 2015 este mesmo FR apresentou-se em 67,1% dos casos, que por sinal foi o maior percentual presente no referido estudo. O FR Família não oferece apoio (24,1%), obteve as maiores porcentagens, tanto no presente estudo como no estudo de Santana et al. (2015), onde se fez presente em 50,0% das participantes.

A tabela 7 apresenta a relação entre o DE amamentação ineficaz e as CD, onde estavam em maior significância ($p < 0,05$): Lactente chora na primeira hora após a amamentação ($p = 0,000$); Ausência de ganho de peso do lactente ($p = 0,03$); Descontinuidade da sucção da mama ($p = 0,011$); Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação ($p = 0,003$); Incapacidade do lactente apreender a região areolar-mamilar corretamente ($p = 0,003$); Lactente chora ao ser posto na mama ($p = 0,010$); Oportunidade insuficiente de sugar a mama ($p = 0,012$); Resistência do lactente em apreende a região areolar-mamilar com a boca ($p = 0,002$).

Quando comparados com a pesquisa de Santana et al. (2015), alguns dados obtiveram acentuada diminuição, como por exemplo a CD Lactente chora na primeira hora após a amamentação pois esteve presente em apenas em 31,3% das participantes. Ainda comparando ao mesmo estudo, a maior porcentagem observada foi Descontinuidade de sucção de mama com 68,8%.

Em Vieira et al., a CD mais frequente foi Suprimento de leite inadequado percebido, com 75%, em segundo lugar Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação 62,5%.

Acredita-se que a presença dos DE amamentação ineficaz esteve presente em virtude da falta de orientação da gestante durante o acompanhamento pré-natal, sendo que essas informações devem ser intensificadas durante toda a gestação, por meio de palestras educativas e demonstração da pega adequada para uma boa amamentação, distribuição de panfletos que enfatizem da importância do AM e de sua continuidade exclusiva até os seis meses de idade. Ressaltando que essas ações de educação em saúde permaneçam no período pós-parto, envolvendo não só a mãe mas todos os membros da família para maior incentivo ao AM.

7 CONCLUSÃO

Foram analisados a frequência do DE amamentação ineficaz em crianças picoenses, traçando o perfil socioeconômico e sanitário das crianças pesquisadas, verificando a frequência das CD amamentação ineficaz e identificando os FR mais frequentes do DE amamentação ineficaz, ou seja os objetivos foram alcançados com êxito.

Identificou-se que o DE Amamentação Ineficaz esteve presente em mais da metade das crianças pesquisadas. As CD que mais apresentaram significância estatística foram: Lactente chora na primeira hora após a amamentação, ausência de ganho de peso do lactente, descontinuidade da sucção da mama, esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação, incapacidade do lactente apreender a região areolar-mamilar corretamente, lactente chora ao ser posto na mama, oportunidade insuficiente de sugar a mama, resistência do lactente em apreende a região areolar-mamilar com a boca, aumentando assim a importância da SAE e de todas as suas etapas que ainda é pouco estudada, mas que proporciona uma atenção voltada a cada tipo de estudo.

Um das dificuldades encontradas durante a pesquisa foi a presença de poucos artigos publicados sobre DE amamentação ineficaz, pois a maior parte do acervo encontrado falava geralmente em AM, apenas. E também a mudança de endereço das puérperas ficando restritas as visitas domiciliares de trinta dias pós-parto.

Portanto foi visto que as gestantes precisam de um acompanhamento mais integral, pois as orientações dadas no acompanhamento pré-natal não estão sendo suficientes ou não estão sendo repassadas da maneira correta. Para que as gestantes pudessem entender melhor o processo de AM, poderia ser criado um aplicativo gratuito em telefones móveis com uma linguagem acessível ao público, onde as mesmas sanariam suas dúvidas, visto que atualmente os meios tecnológicos estão mais avançados e podendo estar disponíveis em quase todos lugares.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, A. C. F.V; GUTIERREZ, M. G. R; MARIN, H. F. Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz- Estudo de identificação e validação clínica. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 1, p. 46-55, São Paulo, 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. 610-619, São Paulo, 2013.
- ALVARENGA, S. C. Avaliação do diagnóstico de enfermagem: **amamentação ineficaz**, p. 67-70, Vitória, 2015.
- BOCCOLINI, C. S., et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, Brasília, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede amamenta Brasil: **Os primeiros passos**. Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção a Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável**. Brasília, 2010.
- _____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção básica. Saúde da criança: **nutrição infantil**. Brasília, 2014.
- _____. **Resolução nº 358 de 2009**. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), autoriza no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000, Brasília, 2009.
- CAMINHA, M. F. C. et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 240-8, 2010.
- CARVALHO, O. M. C. et al. Prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em Unidade Básica de Saúde. **Rev Rene**, v. 15, n. 1, p. 99-107, Fortaleza, 2014.
- 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**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 199-205, 2011.

FIGUEIREDO, B. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **Revista Internacional de Psicologia Clínica**, v. 3, n. 3, p. 521-539, 2003.

FREITAS, L. J. Q. et al. Amamentação ineficaz entre nutrizes atendidas em unidades básicas de saúde. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 1, p. 103-110, Rio de Janeiro, 2014.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed.- São Paulo: Atlas, 2011.

LANSKY, S. **Por um novo modo de nascer no Brasil**. Minas Gerais, 2015.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda** - definições e classificação 2012-2014. Nanda Internacional. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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, 2008.

ROIG, A.O. et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 08, 2010.

SANTANA, A. C. G. et al. Frequência do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” em crianças picoenses. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, Picos, 2015.

SILVA, E. P. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 190-195, Brasília, 2013.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré escolares. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 60-69, São Paulo, 2009.

SOUZA, A. B. G. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, p. 230, 2011.

VIERA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. **Rev Rene**, v. 12, n. 3, p. 462-470, Fortaleza, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO 1

NOME _____ DA _____
 MÃE: _____
 DN: ____/____/____ DATA DA COLETA: ____/____/____
 ENDEREÇO COMPLETO (com ponto de referência e
 telefone): _____

RENTA FAMILIAR: _____ reais
 ESCOLARIDADE DA MÃE: _____ anos de estudo
 IDADE DA MÃE: _____ anos
 DADOS DO RN (ao nascer)
 PESO AO NASCER: _____ gramas COMPRIMENTO AO NASCER: _____ cm
 PC AO NASCER: _____ cm PT AO NASCER: _____ cm PAB AO NASCER:
 _____ cm

DADOS DO RN (no momento da visita puerperal):
 SEXO: _____ DIAS DE VIDA/NASCIDO: _____
 PESO: _____ gramas COMP/ESTATURA: _____ cm
 PC: _____ cm PT: _____ cm PAB: _____ cm

DADOS A SEREM COLETADOS NA VISITA PUERPERAL (até o 7º. dia de vida)
1) A mãe fez pré-natal na gravidez da criança? 1 Sim () 2 Não () 9 Não sabe ()
2) Quantas consultas fez? _____ Consultas88 – Não fez PN () 99 – Não sabe ()
3) Recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal da criança? 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()
4) Sua mama foi examinada? 1 Sim () 2 Não () 8 Não fez PN () 9 Não sabe ()
5) Se NÃO FEZ PRÉ-NATAL, por que não fez? (Assinalar apenas 1 resposta) 1 Não teve problema de saúde () 2 Achou desnecessário () 3 Teve dificuldade de acesso ao posto () 4 Outro: _____ () 8 Fez PN () 9 Não sabe ()
6) Como foi o parto? 1 Normal () 2 Cesáreo () 3 Fórceps () 9 Não sabe ()
7) Houve algum problema com a criança durante o parto? 1 Sim (), qual? _____ 2 Não () 99 = Não sabe ()
9) Com quanto tempo de nascido você amamentou sua criança pela primeira vez? _____ minutos 9999 – Não mamou ()
11) A senhora teve algum problema na mama? 01 Mamilos planos ou invertidos () 02 Fissura mamilar () 03 Ingurgitamento dos seios () 04 Ductos obstruídos e mastite () 05 Mamilos dolorosos () 00 Nenhum ()
12) A senhora foi orientada sobre como tratar o problema na mama? 01 Sim, pela enfermeira () 02 Sim, pela técnica de enfermagem () 03 Sim, pelo médico () 04 Sim, pelo nutricionista 05 Não () 00 Não teve problema ()

APÊNDICE B

FORMULÁRIO 2

NOME DA MÃE: _____
 VISITA () 30 DIAS DE VIDA DATA DA COLETA: ____/____/____
 PESO: _____ gramas COMPRIMENTO: _____ cm PC: _____ cm
 PT: _____ cm PAB: _____ cm PESO DA MÃE: _____ KG

VISITA AOS 30 DIAS DE VIDA (observar uma mamada)	
1) Ausência de ganho de peso do lactente (Ganho entre 150 a 210g por semana)?	1 Sim () 2 Não ()
2) Ausência de resposta a outras medidas de conforto?	1 Sim () 2 Não ()
3) Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina? (vaza, “fiscgada”)	1 Sim () 2 Não ()
4) Descontinuidade da sucção na mama? (sugadas rápidas)	1 Sim () 2 Não ()
5) Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação? (mamas cheias)	1 Sim () 2 Não ()
6) 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 ()
7) Lactente chora ao ser posto na mama?	1 Sim () 2 Não ()
8) Lactente chora na primeira hora após a amamentação?	1 Sim () 2 Não ()
9) 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 C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para mães com 18 anos de idade ou mais)

Título do projeto: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida.

Pesquisadora responsável: Edina Araújo Rodrigues Oliveira

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

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9978-8228

Pesquisadores participantes: Luisa Helena de Oliveira Lima

Telefones para contato: (89) 9925-3737

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

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

Meu nome é Edina Araújo Rodrigues Oliveira, sou enfermeira e professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento uma pesquisa sobre a prática de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição da UFPI.

Caso aceite, os acadêmicos irão preencher um formulário com a senhora 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. O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno e a alimentação complementar em crianças menores de dois anos de idade 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.

A pesquisa trará riscos mínimos, tais como o seu constrangimento ao responder as perguntas, e o manuseio do seu filho. No entanto, pretendemos evitar que essas situações incomodem o mínimo possível, ocorrendo o esclarecimento de todo e qualquer procedimento. A pesquisa não apresentará riscos de ordem física ou psicológica para os sujeitos do estudo.

Haverá benefício indireto para o participante, já que trata de um estudo sobre as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, buscando a promoção de uma vida adulta saudável.

Se o (a) senhor(a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, assim como o de seu filho. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, Comitê de Ética independente e inspetores de agências

regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Você terá todo o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida. 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 está 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, esclarecimento 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 TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação no estudo.

Picos, _____ de _____ 20 ____.

Pesquisador (a) responsável

Observações complementares

Se você 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 – Pró- Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. **Telefone:** (86) 3237-2332.

E-mail: cep.ufpi@ufpi.br. **Web.:** www.ufpi.br/cep

APÊNDICE D

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para mães menores de 18 anos participantes da pesquisa)

Título do projeto: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida.

Pesquisadora responsável: Edina Araújo Rodrigues Oliveira

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

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9978-8228

Pesquisadores participantes: Luisa Helena de Oliveira Lima

Telefones para contato: (89) 9925-3737

Você está sendo convidado(a) a participar, com voluntário(a), em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse para tomar a decisão. Será feita a leitura cuidadosamente do se que segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver.

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

Meu nome é Edina Araújo Rodrigues Oliveira, sou enfermeira e professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento uma pesquisa sobre a prática de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição da UFPI.

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. O estudo trará como benefício um maior conhecimento dos os fatores que influenciam no aleitamento materno e a alimentação complementar (introdução de novos alimentos) em crianças menores de dois anos de idade no município de Picos.

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

A pesquisa trará riscos mínimos, tais como o seu constrangimento ao responder as perguntas, e o manuseio do seu filho. No entanto, pretendemos evitar que essas situações incomodem o mínimo possível, ocorrendo o esclarecimento de todo e qualquer procedimento. A pesquisa não apresentará riscos de ordem física ou psicológica para os sujeitos do estudo.

Haverá benefício indireto para o participante, já que trata de um estudo sobre as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, buscando a promoção de uma vida adulta saudável.

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 responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Caso você concorde 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, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando

necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Você terá todo o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida. 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 está 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, esclarecimento 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 TALE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação no estudo.

Picos, _____ de _____ 20 ____.

Pesquisador (a) responsável

Observações complementares

Se você 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 – Pró- Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. **Telefone:** (86) 3237-2332.

E-mail: cep.ufpi@ufpi.br. **Web.:** www.ufpi.br/cep

ANEXO

ANEXO A- Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida

Pesquisador: EDINA ARAÚJO RODRIGUES OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 33473014.1.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 985.375

Data da Relatoria: 19/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida, que tem como pesquisador responsável a profa. EDINA ARAÚJO RODRIGUES OLIVEIRA e como integrante da equipe de pesquisa LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA.

Na contextualização da pesquisa a pesquisadora informa acerca da importância do aleitamento materno para a criança não somente na perspectiva nutricional mas também emocional e cognitiva. A pesquisadora informa que "Tendo como objetivo investigar as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar no município de Picos – PI, nos menores de dois anos de idade. Trata-se de um estudo de natureza descritiva do tipo longitudinal, com abordagem quantitativa pois serão investigados a prática de aleitamento materno e alimentação complementar em crianças picoenses menores de dois anos de idade. Será desenvolvido nas Unidades de Saúde das Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Picos - PI."

Foi apresentado como hipótese de pesquisa "Consideramos como pressupostos do estudo que a prática correta do aleitamento materno e a introdução coerente da alimentação complementar proporcionará aos menores de dois anos um crescimento e desenvolvimento saudável, reduzindo

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.utpl@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Stamara Dantas Silva,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Diagnóstico de Enfermagem: amamentação infan-
til em crianças picocenses
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 14 de Março de 2016.

Stamara Dantas Silva
 Assinatura

Stamara Dantas Silva
 Assinatura