



**Frequência do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” em crianças picosenses**  
**Frequency of nursing diagnosis “ineffective breastfeeding” in children from Picos**

Ana Carolina Gonçalves Santana<sup>1</sup>, Ana Roberta Vilarouca da Silva<sup>2</sup>, Edina Araújo Rodrigues Oliveira<sup>3</sup>, Laura Maria Feitosa Formiga<sup>4</sup>, Artemízia Francisca de Sousa<sup>5</sup>, Luisa Helena de Oliveira Lima<sup>6</sup>

**RESUMO**

Objetivou-se analisar a frequência do diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz em crianças picosenses. Estudo descritivo e transversal, realizado em hospital público de referência de Picos – PI. A amostra foi composta por 16 crianças nascidas vivas, com mães residentes em Picos, cujo parto aconteceu no referido hospital, no período de fevereiro a junho de 2014, e que estavam com 30 dias de idade. Para coletar os dados, foi utilizado um formulário adaptado da NANDA 2012/2014. Todas as crianças pesquisadas estavam em aleitamento materno. Entretanto, apenas 13 foram amamentadas na 1ª hora de vida e 15 estavam em aleitamento materno exclusivo. A frequência do diagnóstico de enfermagem nas mães pesquisadas foi de 37,5%, considerando o trigésimo dia de vida do lactente. As características definidoras mais frequentes foram “Descontinuidade da sucção da mama”; e “Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação”. Os fatores relacionados mais frequentes foram “Reflexo de sucção do lactente insatisfatório” e “Família não oferece apoio”. Conclui-se que o diagnóstico amamentação ineficaz esteve presente na amostra e que a falta de suporte familiar foi um importante fator de risco para o desmame precoce.

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

**ABSTRACT**

This study aimed to analyze the frequency of the nursing diagnosis ineffective breastfeeding in children from Picos. Descriptive cross-sectional study, conducted in a reference public hospital of Picos - PI. The sample consisted of 16 live births, with mothers living in Picos, whose birth happened in that hospital during the period from February to June 2014 and they were 30 days old. To collect data, it used an adapted form of NANDA 2012/2014. All children surveyed were in breastfeeding. However, only 13 were breastfed within 1 hour of life and 15 were exclusively breastfed. The frequency of the nursing diagnosis in the surveyed mothers was 37.5%, considering the thirty-day old infant. The most frequent defining characteristics were "Discontinuity breast sucking"; and "insufficient emptying of each breast for breastfeeding." The most common related factors were "the poor infant suction Reflection" and "Family offers no support." We conclude that ineffective breastfeeding diagnosis was present in the sample and the lack of family support was an important risk factor for early weaning.

**Keywords:** Breastfeeding. Child Health. Nursing diagnosis.

<sup>1</sup> Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí – Picos.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Picos; Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC) / UFPI / CNPq.

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI – Picos; Pesquisadora do GPESC / UFPI / CNPq.

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestre em Farmacologia Clínica, Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI – Picos; Pesquisadora do GPESC / UFPI / CNPq.

<sup>5</sup> Nutricionista, Mestre em Ciências e Saúde, Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Nutrição da UFPI – Picos; Pesquisadora do GPESC / UFPI / CNPq.

<sup>6</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI – Picos; Pesquisadora do GPESC / UFPI / CNPq. Orientadora. Endereço de correspondência: Rua Zuza Lino, 1239 – apto 101 – Canto da Várzea – Picos – PI. CEP: 64600-160. E-mail: luisahelena\_lima@yahoo.com.br.

## 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).

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 consequente diminuição do desmame precoce e das doenças da infância (ORIÁ; 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).

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, este estudo teve como objetivo analisar a frequência do DE amamentação ineficaz entre crianças picoenses. 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.

## METODOLOGIA

Estudo quantitativo, de natureza descritiva do tipo transversal. 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.

A amostra foi composta por 16 crianças nascidas vivas no período de fevereiro 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.

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 (fevereiro 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.

## RESULTADOS

Para coletar os dados, foi utilizado um formulário 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”. O formulário seguiu da mesma forma, contendo as opções “sim” ou “não” para os itens dos fatores relacionados.

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 (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.

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

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 resultados estão apresentados em tabelas, de acordo com a ordem estabelecida

no instrumento aplicado, visando uma melhor compreensão dos dados encontrados.

**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	%
<b>Sim</b>	15	93,8	16	100,0	13	81,3
<b>Não</b>	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	%
<b>Sim</b>	6	37,5
<b>Não</b>	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 exibe 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).

## 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 nutrizas (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 puéperas que apresentam amamentação ineficaz, juntamente com a falta de conhecimentos sobre amamentação presente em boa parte das puéperas 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, puéperas 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.

## 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, 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. **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.

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, 2010.

COCA, K.P. *et al.* Trauma mamilar na maternidade. **Jornal de Pediatria.** v.85, n.4, p.341-345, 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, 2012.

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.

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, 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, 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. Latino-Am. Enfermagem.** v.18, n.3, p.08 t, 2010.

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

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

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

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