

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO NO PUERPÉRIO IMEDIATO\*

### *NURSING DIAGNOSES RELATED TO BREASTFEEDING IN THE IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD*

### *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LA LACTANCIA EN PUERPERIO INMEDIATO*

Flaviana Vieira<sup>1</sup>, Ana Cléia Margarida Tonhá<sup>2</sup>, Danielle Munique Campos Martins<sup>2</sup>, Mariana Fanstone Ferraresi<sup>2</sup>, Maria Márcia Bachion<sup>3</sup>

O presente estudo teve como objetivo avaliar a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato no contexto da comunidade. Trata-se de um estudo descritivo, do qual participaram 30 puérperas. Realizou-se a coleta de dados no período de agosto de 2009 a fevereiro de 2010, no domicílio das puérperas, incluindo entrevista, anamnese, exame físico e observação. A partir dos dados obtidos foi feito raciocínio clínico para elaboração dos diagnósticos da Taxonomia II da NANDA-I. O diagnóstico de maior prevalência foi o de Amamentação Eficaz (60%), seguido de Amamentação Ineficaz (26,6%) e Risco de Amamentação Ineficaz (13,3%). Embora a maioria das puérperas tenha apresentado amamentação eficaz, a ação dos profissionais de saúde precisa ser mais efetiva, em especial do Enfermeiro, no sentido de amparar e oferecer informações para que a puérpera sintá-se apoiada, segura e confiante ao escolher o aleitamento materno.

**Descritores:** Aleitamento Materno; Diagnóstico de Enfermagem; Período Pós-parto.

The aim of this research was to analyze the occurrence of nursing diagnoses related to breastfeeding in the immediate postpartum in the context of the community. This is a descriptive study of which 30 post-partum women participated. Data collecting was made from August 2009 through February 2010 at the participants' residence, including interview, anamnesis, physical examination and observation. After data collection, was made clinical thinking to confirm the diagnosis of NANDA-I Taxonomy II. Effective Breastfeeding was observed in 60% post-partum women, Ineffective Breastfeeding in 26,6% and Risk of Ineffective Breastfeeding in 13,3%. Although most post-partum women have presented effective breastfeeding, the health professionals, especially nurses, need to offer and enhance information so the post-partum woman feel supported, safe and confident when choosing maternal breastfeeding.

**Descriptors:** Breast Feeding; Nursing Diagnosis; Postpartum Period.

El objetivo de esta investigación fue analizar la incidencia de diagnósticos de enfermería relacionados con lactancia en puerperio inmediato en el contexto de la comunidad. Es un estudio cuantitativo y descriptivo, en el cual participaron 30 madres. Los datos fueron recopilados de Agosto/2009 a Febrero/2010, en casa de las madres, incluida la entrevista, historial clínico, exámenes físicos y la observación. A partir de los datos obtenidos se llevó a cabo el razonamiento clínico para elaboración de los diagnósticos de Taxonomía II de la NANDA-I. Prevalció Lactancia Eficaz (60%), seguido de la Lactancia Ineficaz (26,6%) y Riesgo de la Lactancia Ineficaz (13,3%). Aunque la mayoría de las puérperas habían presentado Lactancia Eficaz, la acción de los profesionales de la salud, precisa ser más efectiva por parte del Enfermero, amparando y ofreciendo informaciones para que la puérpera se sienta apoyada, segura y confiada al elegir la lactancia materna.

**Descriptores:** Lactancia Materna; Diagnóstico de Enfermería; Período de Posparto.

\* Trabalho do Programa Institucional de Iniciação Científica Universidade Federal de Goiás — UFG. Brasil.

<sup>1</sup> Doutoranda em Enfermagem. Enfermeira Obstetra. Professora da Faculdade de Enfermagem FEN/UFG. Pesquisadora do GESMAC e Membro do NUTADIES. Brasil. E-mail: flavianamori@gmail.com

<sup>2</sup> Graduandas em Enfermagem do 10º período da FEN/UFG. Brasil. E-mails: anacleiatonha@gmail.com, daniellemunique@hotmail.com, marianaferresesi@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora. Professora Titular da FEN. Coordenadora do NUTADIES. Brasil. E-mail: mbachion@gmail.com

Autor correspondente: Flaviana Vieira

Rua 227 Qd 68, S/N. Setor Leste Universitário. CEP: 74605-080. Goiânia – GO. Brasil. E-mail: flavianamori@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Puerpério, sobreparto ou pós-parto é um período impreciso, peculiar a cada mulher, em que a mesma experimenta modificações ao estado pré-gravídico que se encontrava. Inúmeras transformações ocorrem em relação aos fenômenos biológicos, psicológicos e sociais. Em relação aos fenômenos biológicos, dentre as inúmeras transformações estão as mamas, que chegam ao apogeu de desenvolvimento durante o puerpério<sup>(1)</sup>.

Durante tal período insere-se a amamentação, momento repleto de sentimentos, interações e ações que envolvem toda dinâmica familiar. O ato de amamentar vai além do ato biológico natural e espontâneo que é esperado da mulher, exige que esta supere a fase inicial de dificuldades para manter amamentação de forma eficaz. Esse processo requer constante aprendizado, compreensão da família e da equipe de saúde que assiste a mulher<sup>(2)</sup>.

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 aleitamento materno durante o pré-natal; pelo tipo de parto vaginal; e, pela gestação a termo<sup>(3)</sup>.

Os benefícios que o aleitamento materno proporciona ao binômio mãe/filho são inúmeros, desde proteção contra doenças que se desenvolvem durante os primeiros meses e anos de vida até doenças crônicas não transmissíveis, que normalmente surgem na vida adulta. Para a mãe, estudos evidenciam que a amamentação tem efeito protetor para o câncer de mama, de ovário, retorno mais rápido ao peso pré-gravídico durante pós-parto, entre outros benefícios<sup>(4)</sup>.

O não aleitamento está associado a riscos de saúde não apenas para a criança, mas também para a mãe, contribuindo para um maior risco de desenvolver câncer de mama e ovário, obesidade, diabetes tipo 2, síndromes metabólicas e doenças cardiovasculares. Para as crianças, o fato de não serem amamentadas está associado a maiores incidências de otites médias, gastroenterites, pneumonias, assim como obesidade, diabetes tipo 1 e 2, leucemia e síndrome de morte súbita do lactente<sup>(5)</sup>.

Baseados nos diversos benefícios da amamentação, comprovados cientificamente, surgiram várias iniciativas voltadas ao incentivo do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). A partir de 1975, a Organização Mun-

dial de Saúde (OMS) já recomenda o AME até o sexto mês de vida e amamentação complementar até cerca de dois anos, quando possível. No Brasil, em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e a normatização do Alojamento Conjunto. 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<sup>(2)</sup>.

Neste contexto da amamentação, percebe-se que é necessária uma concepção integral e sistematizada do estado de saúde destas mulheres, em especial no seu ambiente domiciliar. Na Enfermagem, um dos métodos utilizado para a Sistematização da Assistência é o Processo de Enfermagem que é tido como um instrumento tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional da Enfermagem<sup>(6)</sup>.

Dentre as etapas deste Processo está o diagnóstico de enfermagem (DE), que é o julgamento clínico do enfermeiro sobre os dados coletados do cliente. Para padronização da linguagem dos diagnósticos existem taxonomias, entre elas está a Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I)<sup>(7)</sup>, utilizada internacionalmente. O Processo de Enfermagem favorece o cuidado para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional contribuindo para uma assistência mais eficaz e direcionada<sup>(6)</sup> ao binômio mãe/filho.

Pela NANDA-I (2010) a amamentação é atribuída a três diagnósticos: Amamentação Eficaz, Amamentação Ineficaz e Amamentação Interrompida<sup>(7)</sup>. Porém, outros estudos sugerem dois novos DE relacionados à amamentação: Risco para Amamentação Interrompida<sup>(8)</sup> e Risco para Amamentação Ineficaz<sup>(8-9)</sup>.

Estudos voltados para a avaliação da amamentação, baseado na classificação dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia I e II da NANDA, mostram que a utilização desta classificação possibilita a identificação com mais qualidade e direcionamento dos diagnósticos mais frequentes relacionados à amamentação<sup>(8-10)</sup>.

Neste sentido, esta pesquisa propõe avaliar a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação durante o puerpério imediato no contexto da comunidade, no qual a puérpera está inserida.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, transversal. O local de estudo envolveu a área do Distrito Sanitário Leste da cidade de Goiânia- GO, em que atuam equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo de nº 185/07.

A amostra foi constituída por 30 participantes. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: puérperas no período imediato, ou seja, até 10 dias de pós-parto, com recém-nascido vivo, moradoras da região Leste de Goiânia-GO, atendidas pela ESF, independente do estado civil, da renda familiar, da escolaridade, do tipo de parto e paridade. Foram excluídas as que apresentassem idade inferior a dezoito anos ou que apresentassem diagnóstico médico de transtorno cognitivo ou psiquiátrico que compromettesse a capacidade de raciocínio e comunicação com as pesquisadoras.

O roteiro de coleta de dados foi organizado a partir de características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação da Taxonomia II da NANDA-I versão 2010<sup>(7)</sup>: amamentação eficaz, amamentação ineficaz, amamentação interrompida. Dois eventos que foram sugeridos em outras pesquisas, como novos diagnósticos também foram investigados: risco de amamentação interrompida<sup>(8)</sup> e risco de amamentação ineficaz<sup>(8-9)</sup>, sendo apresentados em itálico, pois, ainda não compõem a NANDA-I.

Sendo que para cada fator relacionado, fator de risco e característica definidora foram construídos parâmetros de avaliação, baseados na literatura especializada na área de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, aleitamento materno, e, na experiência profissional dos pesquisadores.

Por exemplo, os parâmetros de avaliação para o fator relacionado Estrutura oral da criança normal foram: examinar a região oral da criança, presença de fissuras labiopalatais; observado e verificado a amamentação quanto à boa pega da criança, boca bem aberta, abocanha região areolo-mamilar, queixo da criança toca o peito, lábio inferior da criança fica virado para fora, reflexo de sucção/deglutição, boa sucção — sucções lentas e profundas, sucção audível, adequada posição ao amamentar

da mãe e da criança. Desta forma foi feita para os outros fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras. Este roteiro foi atualizado de uma pesquisa anterior<sup>(8)</sup>.

Foram estabelecidos contatos prévios com as equipes da ESF para apresentação da proposta do estudo. Foi solicitada a relação de gestantes no último mês de gestação e de puérperas, para a pré-seleção segundo os critérios estabelecidos e o agendamento de visitas domiciliares com o agente comunitário de saúde.

A coleta de dados junto às puérperas foi iniciada após ser lido e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Realizada no domicílio da puérpera entre os meses de agosto de 2009 e fevereiro de 2010, com duração média de 1 hora cada visita. Sendo utilizada consulta de enfermagem, incluindo entrevista, anamnese, exame físico e procedimento de observação.

Os dados coletados foram submetidos a um processo de julgamento clínico de análise e síntese, proposto por Risner<sup>(11)</sup>, em seguida foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem baseado na Taxonomia II da NANDA-I<sup>(7)</sup>. Foram realizadas modificações ou acréscimos de termos em itálico, quando necessário. Este julgamento foi posteriormente revisado por duas pesquisadoras do grupo.

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, durante a consulta de enfermagem, foram realizadas intervenções e encaminhamentos quando necessários para atendimento de responsabilidade do enfermeiro e/ou médico da equipe local.

A análise de dados foi feita mediante procedimentos de estatística descritiva (frequências simples e percentual).

## RESULTADOS

### Caracterização das participantes

As puérperas, na sua maioria, se encontravam na faixa etária entre 26 e 30 anos (43,3%). O estado civil predominante foi de casada (56,7%), seguido de união estável (30,0%), solteira (10,0%) e outros (separada) (3,3%). A cor autorreferida parda esteve presente em 40% das puérperas.

Em relação à escolaridade, 70,0% apresentaram ensino médio completo, 10,0% ensino médio incompleto,

3,3% fundamental completo, 13,3% fundamental incompleto e 3,3% não eram alfabetizada.

Na ocupação, 43,3% das puérperas estavam dentro do mercado de trabalho formal, 36,7% eram do lar, 10,0% autônomas, 6,7% estudantes e 3,3% realizavam trabalho informal.

Quanto à moradia, 46,6% dispunham de casa própria, 46,6% moravam de aluguel e 6,8% moravam em residências cedidas por familiares. A renda familiar predominante foi de 1 a 2 salários mínimos (53,3%) e a renda per capita entre cem e menos de trezentos reais (60,0%). O número de pessoas residentes no domicílio era de 3 a 4 moradores (70,0%), sendo constituído geralmente, pela puérpera, o companheiro, um ou dois filhos. Observou-se também que algumas puérperas continuavam a morar com os pais devido à dependência financeira.

As puérperas foram caracterizadas como puérperas jovens e adultas, casadas, de baixa renda, moradoras de casa própria e alugada, envolvidas em trabalho formal, com boa escolaridade.

Na caracterização obstétrica, 53,3% das puérperas estavam entre o nono e o décimo dia pós-parto, e, 60% foram submetidas ao parto cesáreo (Tabela 1).

**Tabela 1** — Distribuição de puérperas (N=30) em relação às características obstétricas. Distrito Sanitário Leste, Goiânia, GO, Brasil, 2009-2010

Características Obstétricas		N	%
Dias de Puerpério	4 a 6	05	16,7
	7 a 8	09	30,0
	9 a 10	16	53,3
Paridade	01	13	43,3
	02	10	33,3
	03 ou mais	07	23,3
	Normal	12	40,0
Tipo de parto	Cesáreo	18	60,0
	Pública	09	30,0
Instituição	Convênio ou Particular	20	66,6
	Pública	01	11,1
	Convênio ou Particular	17	85,0
Parto cesáreo por instituição	Não soube informar	01	3,3
	Até 5	04	13,3
	6 a 8	18	60,0
	9 ou mais	06	20,0
Número de consultas de pré-natal	Não sabe	02	6,7
	<37 semanas	01	3,3
	37 a 41	28	93,3
Idade de gestação em semanas da criança no parto	≥ 42 semanas	01	3,3
	Infecção do trato urinário	05	16,7
	Anemia	05	16,7
Intercorrências na gestação	Outras	06	20,0
	Nenhuma	14	46,7

Observou-se que 66,6% das mulheres tiveram o parto em instituições particulares ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde, apenas 30,0% tiveram o parto em instituições públicas e 3,3% não souberam informar sobre a instituição. Ao avaliar o tipo de parto cesáreo, por instituição, foi visto que 85,0% dos partos cesáreos aconteceram em instituições particulares ou conveniadas e apenas 11,1% em instituições públicas.

Ao se caracterizar as puérperas sobre o número de partos evidenciou-se que 43,3% eram primíparas, com nascimento das crianças predominantemente (93,3%) no período a termo (idade gestacional acima de 37 semanas).

Em relação ao pré-natal, 80% fizeram no mínimo seis consultas, 46,7% não relataram nenhuma intercorrência durante a gestação, 16,7% relataram infecção do trato urinário, 16,7% anemia e 20% outras como: oligoâmnio, hipotensão e doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG).

## Diagnósticos de enfermagem do conceito amamentação

O diagnóstico de maior prevalência foi o de Amamentação Eficaz (60,0%), seguido por Amamentação Ineficaz (26,6%) e Risco para Amamentação Ineficaz (13,4%). Nenhuma das puérperas apresentou o diagnóstico de Amamentação Interrompida e Risco para Amamentação Interrompida.

A Amamentação Eficaz é conceituada como: “Binômio mãe-filho/família demonstra adequada proficiência e satisfação com o processo de amamentação”<sup>(7:238)</sup>. As características predominantes que permitiram definir este diagnóstico foram: Padrão eficaz de comunicação mãe-filho (88,8%); Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (83,3%); A criança está satisfeita após a mamada (83,3%); Padrões de eliminação da criança adequados para idade (77,7%); Avidéz da criança para se alimentar (66,6%); A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de prensão areolomamilar bem-sucedida (66,6%); Sucção e Deglutição no peito regular e contínua (61,1%) (Tabela 2).

**Tabela 2** — Fatores relacionados e características definidoras de Amamentação Eficaz (n=18) em puérperas no período imediato. Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, Brasil, 2009-2010

		f	%
Fatores Relacionados	Idade gestacional maior que 34 semanas	18	100
	Confiança materna	18	100
	Estrutura oral da criança normal	17	94,4
	Fonte de apoio	15	83,3
	Estrutura mamária normal	13	72,2
Características Definidoras	Conhecimento básico sobre amamentação	10	55,5
	Padrão eficaz de comunicação mãe-filho	16	88,8
	Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação	15	83,3
	A criança está satisfeita após a mamada	15	83,3
	Padrões de eliminação da criança adequados para idade	14	77,7
	Avidez da criança para se alimentar	12	66,6
	A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de preensão areolar-mamilar bem-sucedida	12	66,6
	Sucção do peito regular e contínua	11	61,1
	Deglutição no peito regular e contínua	11	61,1
	Padrão de peso da criança apropriado para idade	01	5,5

Pode ser verificado que a confiança materna (100,0%) em amamentar e a idade gestacional da criança maior que 34 semanas ao nascer (100,0%) foram os principais fatores relacionados que contribuíram para o diagnóstico Amamentação Eficaz, seguido por fonte de apoio (83,3%), estrutura oral da criança normal (72,2%), e conhecimento básico sobre amamentação (55,5%).

O diagnóstico de Amamentação Ineficaz é definido pela NANDA-I<sup>(7:239)</sup> como “Insatisfação ou dificuldade que a mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação”. Este diagnóstico esteve presente em 26,6% das puérperas, que apresentaram como características, predominantes, para a definição deste diagnóstico: 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%) (Tabela 3).

Neste diagnóstico as puérperas apresentaram como principais características de inferência: Déficit de conhecimento sobre amamentação (100,0%), Alimentação suplementar com mamadeiras (87,5%) e Ansiedade materna (75,0%).

Apesar da maioria das puérperas no momento da investigação apresentar amamentação eficaz observou-se fatores de risco que poderiam prejudicar a amamentação, e, converter a amamentação eficaz em ineficaz, o que foi denominado como Risco para Amamentação Ineficaz presente em 13,3% das puérperas.

O diagnóstico de Risco para Amamentação Ineficaz pode ser definido como risco que a mãe, bebê ou criança tem em desenvolver insatisfação ou dificuldade com o processo de amamentação<sup>(8:85-9:713)</sup>. Os principais fatores de risco foram: Ansiedade materna (75,0%), Déficit de conhecimento (75,0%) sobre amamentação, Es-

**Tabela 3-** Fatores relacionados e características definidoras de Amamentação Ineficaz (n=8) em puérperas no período imediato. Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, Brasil, 2009-2010

		f	%	
Fatores Relacionados	Déficit de conhecimento	08	100,0	
	Criança que recebe alimentação suplementar com mamadeiras	07	87,5	
	Ansiedade materna	06	75,0	
	Interrupção na amamentação	02	25,0	
	Anomalia no peito materno	02	25,0	
	Parceiro não oferece apoio	02	25,0	
	Reflexo de sucção da criança insatisfatório	01	12,5	
	Prematuridade	01	12,5	
	Estrutura mamária alterada	01	12,5	
	Família que não pode oferecer apoio	01	12,5	
	História prévia de fracasso na amamentação	01	12,5	
	Cirurgia prévia de mama	01	12,5	
	Características Definidoras	Suprimento de leite inadequado percebido	06	75,0
		Persistência dos mamilos doloridos após primeira semana de amamentação	05	62,5
Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação		04	50,0	
Processo de amamentação insatisfatório		03	37,5	
Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente		02	25,0	
Descontinuidade da sucção na mamada		02	25,0	
Resistência da criança em apreender a região areolar-mamilar com a boca	02	25,0		
Suprimento de leite inadequado	01	12,5		

trutura mamária alterada (50,0%), Parceiro não oferece apoio (50,0%) e História prévia de fracasso na amamentação (25,0%) (Tabela 4).

**Tabela 4** — Fatores de risco do diagnóstico de Risco para Amamentação Ineficaz (n=4) em puérperas no período imediato. Distrito Sanitário Leste. Goiânia, GO, Brasil, 2009-2010

Fatores de Risco	f	%
Ansiedade materna	03	75
Déficit de conhecimento	03	75
Estrutura mamária alterada	02	50
Parceiro não oferece apoio	02	50
História prévia de fracasso na amamentação	01	25

## DISCUSSÃO

O fato da maioria das mulheres conviverem com seus companheiros/maridos reflete positivamente no período pós-parto. O apoio do pai gera diversas influências no desenvolvimento da criança. Mulheres solteiras podem necessitar de um maior apoio da equipe de saúde, devido à sobrecarga de trabalho e dificuldades encontradas, tais como sociais, econômicas e afetivas, podendo apresentar algum risco na constituição da maternidade<sup>(12)</sup>.

Nos dados sociodemográficos em que as puérperas apresentaram boa escolaridade, inserção formal no mercado de trabalho observou-se que há uma relação com o que vem ocorrendo nos últimos anos no Brasil. Houve um aumento do nível de escolaridade da população e a taxa de participação das mulheres casadas no mercado de trabalho alcançou 58,5%<sup>(13)</sup>. Estas mudanças nas características das famílias, e com o aumento do ingresso das mulheres no mercado de trabalho trouxeram a dualidade entre responsabilidades familiares e trabalho, o que influencia no cotidiano destas famílias que tentam adaptar-se frente a essas novas mudanças.

Em relação aos dados obstétricos, uma característica que se deve atentar é o número de partos cesáreos desta população. Este índice reflete uma realidade preocupante, não somente local, mas nacional, o número excessivo de partos por cesárea, uma vez que a OMS preconiza como ideal uma taxa entre 10 a 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesárea<sup>(14)</sup>.

Todas as regiões do Brasil vem sofrendo aumento das taxas de nascimentos por partos cesáreos. Dos partos

realizados no Brasil, nas instituições públicas e privadas, 43% são cesáreos. Em relação aos planos de saúde privados esse percentual chega a 80% e no Sistema Único de Saúde as cesáreas somam 26% do total de partos<sup>(15)</sup>.

Os dados analisados mostraram que a maioria das mulheres tinha até dois filhos. Dentre os fatores que influenciam a redução da taxa de fecundação, sem dúvida a urbanização intensa é de grande destaque, o que leva a adequação de novos padrões familiares, a adesão e disseminação de métodos anticonceptivos e disseminação de esterilização no país e a difusão da mulher no mercado de trabalho<sup>(15)</sup>.

As mulheres tem tido mais acesso e procurado mais a assistência ao pré-natal, se for considerado o número de consultas realizadas durante a gestação. O Ministério da Saúde preconiza um número mínimo de seis consultas por mulher, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. No Brasil, aconteceu um aumento no número de consultas de pré-natal (de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,45 consultas por parto em 2005), o que ressalta a atuação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde e a ampliação das equipes de ESF<sup>(1)</sup>.

O acompanhamento do pré-natal, seguindo as diretrizes do PHPN, detecta e trata precocemente complicações durante a gravidez, como infecção do trato urinário e anemia.

O ciclo-gravídico puerperal, em especial o puerpério, é acompanhado por sentimentos ambivalentes, a mulher convive com a alegria, satisfação em se tornar mãe, mas também com a ansiedade, incerteza e insegurança, pelo novo, desconhecido. A transição à maternidade é uma transição familiar e o início à adaptação a esse papel gera novas demandas, dentre elas a busca de apoio no outro<sup>(16)</sup>. Entre as várias adaptações que acontecem nesta fase está o processo de amamentação.

O enfermeiro tem autonomia em atuar no decorrer da gestação e puerpério como fonte de apoio direto ou auxiliando a mulher e família a identificar esta fonte no seu próprio meio. As puérperas precisam ser amparadas e orientadas para que o ato de amamentar ocorra de forma eficiente e prazerosa, evitando assim o desmame precoce<sup>(16)</sup>.

Para que o enfermeiro demonstre sua autonomia, diante da assistência à puérpera em processo de amamentação, é preciso que ele lance mão de instrumentos

metodológicos que padronizem a linguagem da profissão. Para isso, a aplicação dos diagnósticos de enfermagem é excelente ferramenta científica no direcionamento do cuidado de enfermagem.

As puérperas e suas crianças apresentaram respostas humanas que direcionaram para a afirmação diagnóstica de Amamentação Eficaz na maioria da população estudada.

A Amamentação Eficaz torna-se de extrema importância para o binômio mãe-filho, por favorecer o vínculo afetivo entre ambos, podendo refletir nas relações familiares e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas famílias. São inúmeros os seus benefícios: diminui a mortalidade infantil, gera menos hospitalizações, implicando uma menor abstinência dos pais ao trabalho, menores custos financeiros e de situações estressantes<sup>(3-4)</sup>.

No diagnóstico de enfermagem Amamentação Ineficaz, ao ser validado clinicamente, autores encontraram que o uso de alimentação suplementar com a introdução de substitutos ou complementos, como o chá, em 70% da população estudada, foi fator relacionado ao processo ineficaz de amamentação<sup>(10)</sup>. Corroborando com os achados desta pesquisa que teve o recebimento de alimentação suplementar com mamadeiras um dos principais fatores relacionados, sendo precedido pela falta de conhecimentos sobre amamentação presente em todas as puérperas.

A introdução de alimentação suplementar antes dos seis meses de vida da criança pode ser explicada pela necessidade da puérpera em retornar à rotina de trabalho. Porém, puérperas que recebem apoio de programas de incentivo ao aleitamento materno, durante o puerpério e anterior ao retorno ao trabalho, tem menos chance de desmamar precocemente suas crianças<sup>(17)</sup>.

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.

A ansiedade materna é apontada como um dos fatores mais frequentes entre as puérperas que apresentam amamentação ineficaz, concomitante ao desconhecimento acerca da amamentação e suplementação alimentar com mamadeiras; 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 deste diagnóstico<sup>(8)</sup>.

Uma das formas de reduzir estes índices é o fortalecimento do modelo de atenção adotado durante o processo de pré-natal e pós-parto, voltado à orientação e ao estímulo precoce do aleitamento materno<sup>(1)</sup>, fazendo com que a mulher se sinta mais segura e tenha mais autonomia no processo de amamentar.

O profissional ou equipe de saúde que acompanha a puérpera devem adotar intervenções com impacto positivo para o aumento das taxas relativas ao aleitamento materno. Devem ser praticadas intervenções como aconselhamento individual ou em grupo, visitas domiciliares, conhecimento do meio social de inserção daquela puérpera a fim de buscar parceiros e pontos de referência e apoio para mesma.

A identificação de fatores riscos para a não amamentação deve ser o mais precoce possível, para que se direcionem os cuidados com a puérpera e criança a fim de que diagnóstico de risco não evolua para o diagnóstico real: amamentação ineficaz.

Esta realidade de Risco para Amamentação Ineficaz é confirmada em outro estudo que afirma que este risco pode estar influenciado por aspectos biopsicossociais, econômicos e culturais. A experiência das mulheres salienta a falta de apoio adequado dos serviços de saúde e evidencia a dificuldade e insegurança na prática da amamentação que podem contribuir para o desmame precoce<sup>(18)</sup>.

Mesmo puérperas que tiveram seus partos em Hospital Amigo da Criança desmamaram precocemente suas crianças, tendo como justificativa de enfrentarem dificuldades com as mamas, problemas sociais e familiares, dúvidas sobre amamentação e introdução de outros alimentos. Evidencia que os programas, as ações e estratégias de incentivo ao aleitamento devem ser somados, pois, ações isoladas não conseguem sustentar e apoiar as puérperas no aleitamento materno, em especial o exclusivo<sup>(19)</sup>.

A escolha pela amamentação materna dos filhos sofre influência do apoio e envolvimento familiar, do meio social, o uso de chupetas, presença de traumas mamilares, técnica de amamentação inadequada, uso de chás, uso de água entre outros<sup>(3)</sup>.

O comportamento feminino relacionado ao aleitamento materno está ligado ao lugar e ao grupo social no qual a puérpera está inserida. Há influência tanto do

senso comum e da cultura científica como de interesses e valores econômicos e políticos, condicionando a conduta da mulher perante a amamentação, influenciando-a pela decisão em amamentar ou usar alimentação por mamadeiras<sup>(20)</sup>.

No período de pós-parto as atenções tendem a se voltar principalmente ao recém-nascido, sendo a atenção à puérpera muitas vezes esquecida. Devido às peculiaridades desta fase, a mulher vivencia uma ambivalência de sentimentos frente a intensas modificações referentes à transição ao papel materno. Assim, o enfermeiro tem uma ação imprescindível, pois, por meio do cuidado e apoio profissional torna possível que a mulher sinta-se menos ansiosa e consiga se adaptar melhor a esta nova fase.

O atendimento a puérpera deve respeitar todo contexto que a envolve, sua cultura, suas experiências anteriores, seus anseios, seus reais desejos em amamentar ou não, seus conhecimentos/crenças a cerca da amamentação. Ao lançar mão de uma abordagem metodológica, principalmente na visita domiciliária, a qual pode facilitar a interação com a puérpera e sua família, o enfermeiro minimiza os conflitos entre os saberes científicos e saber cultural de uma maneira que direcione a promoção da amamentação satisfatória.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na avaliação dos diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação, no puerpério imediato no contexto da comunidade, podem ser identificados diagnósticos reais e de risco, predominando a Amamentação Eficaz, Amamentação Ineficaz e Risco para Amamentação Ineficaz. Os diagnósticos Risco para Amamentação Interrompida e Amamentação Interrompida não foram evidenciados.

Observou-se que a confiança materna e o apoio oferecido à puérpera são de extrema importância para o sucesso da amamentação, sendo intrinsecamente relacionados à amamentação eficaz. Por outro lado, o déficit de conhecimento, a alimentação suplementar com mamadeiras, ansiedade e o não apoio do parceiro podem levar a uma suscetibilidade a eventos negativos, como a amamentação ineficaz.

O papel da enfermagem neste contexto torna-se imprescindível, principalmente em relação a orientações, incluindo a família, para que o aleitamento materno seja realizado de maneira satisfatória.

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 frente a essa nova fase de vida.

A utilização da Taxonomia de diagnósticos de enfermagem 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. Sua aplicação na prática assistencial deve ser incentivada.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Catafesta F, Zagonel IPS, Martins M, Venturi KK. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(3):509-15.
3. Vieira TO, Giugliani ER, Mendes CM, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2010; 10(1):760.
4. Caminha MFC, Serva VB, Arruda IKG, Batista Filho M. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010; 10(1):25-37.
5. Stuebe A. The risk of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol.* 2009; 4(2):222-31.
6. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(1):816-8.
7. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009/2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
8. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnóstico de enfermagem da Nanda no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(1):83-9.



9. Viera CS. Risco para amamentação ineficaz: Um diagnóstico de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(6):712-4.
10. Abrão ACFV, Gutiérrez MGR, Marin HF. Diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz: estudo de identificação e validação clínica. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(1):46-55.
11. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Christensen PJ, Kenney JW. *Nursing process: conceptual models.* 4ª. ed. St. Louis: Mosby; 1990. p.132-57.
12. Marin A, Piccinini CA. Famílias uniparentais: A mãe solteira na literatura. *Psico.* 2009; 40(4):422-9.
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE; 2007. [internet]. [citado 2010 Dez 19]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2007/indic\\_sociais2007.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2007/indic_sociais2007.pdf).
14. Sassi-Mendoza RA, Cesar JA, Silva PR, Denardin G, Rodrigues MM. Risk factors for cesarean section by category of health service. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(1):80-9.
15. Brasil. Fundação Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [Internet]. [citado 2010 Dez 15]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf).
16. Alves AM, Gonçalves CSF, Martins MA, Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(4):416-27.
17. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(9):1705-13.
18. Frota MA, Mamede ALS, Vieira LJES, Alburquerque CM, Martins, MC. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(4):895-901.
19. Pinheiro PM, Machado MMT, Lindsay AC, Silva AVS. Prevalência de aleitamento materno em mulheres egressas de um hospital amigo da criança em Quixadá-CE. *Rev Rene.* 2010; 11(2):94-102.
20. Araújo RMA, Almeida JAG. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Rev Nutr.* 2007; 20(4):431-8.

Recebido: 09/12/2010

Aceito: 01/06/2011