



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**NÍVEL DOUTORADO – DINTER UFC - URCA**

**GLEICE ADRIANA ARAUJO GONÇALVES**

**FATORES PATERNOS INFLUENCIADORES DO DIAGNÓSTICO**  
**DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA**

Fortaleza - CE

2019

GLEICE ADRIANA ARAUJO GONÇALVES

**FATORES PATERNOS INFLUENCIADORES DO DIAGNÓSTICO  
DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – nível Doutorado – DINTER UFC/URCA, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem na Promoção da Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Viviane Martins da Silva.

Fortaleza - CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

G625f    Gonçalves, Gleice Adriana Araujo.  
Fatores paternos influenciadores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida / Gleice  
Adriana Araujo Gonçalves. – 2019.  
134 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.    Orientação:  
Profa. Dra. Viviane Martins da Silva.

1. Pai. 2. Comportamento Paterno. 3. Aleitamento Materno. 4. Diagnóstico de Enfermagem. I. Título.  
CDD 610.73

---

GLEICE ADRIANA ARAUJO GONÇALVES

**FATORES PATERNOS INFLUENCIADORES DO DIAGNÓSTICO  
DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – nível Doutorado – DINTER UFC/URCA, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Viviane Martins da Silva (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nirla Gomes Guedes (1º membro)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Cláudia Melo Dodt (2º membro)  
Maternidade Escola Assis Chateaubriand - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karla Jimena Araújo de Jesus Sampaio (3º membro)  
Universidade Regional do Cariri - URCA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Célida Juliana de Oliveira (4º membro)  
Universidade Regional do Cariri – URCA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiane do Amaral Gubert (1º Suplente)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eveline Pinheiro Beserra (2º Suplente)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este trabalho a:

**Fernando Gonçalves Rodrigues**, meu esposo, meu porto seguro. Meu amor, sua sabedoria em conduzir nossa família com maestria, me faz ser grata a Deus, pois sei que vem dEle. Neste momento de minha vida, mais uma vez, contei com seu apoio incondicional e companheirismo. Obrigada por tudo! Esse título de “Doutora” é seu também.

Aos meus filhos **Ana Julia Araujo Gonçalves, Gabriel Araujo Gonçalves e Fernanda Araujo Gonçalves**, meu trio perfeito! Mamãe ama vocês!

**Vocês são a razão do meu viver!**

## AGRADECIMENTOS

**Ao meu amado Deus**, por estar ao meu lado em todos os momentos de minha vida, abrindo caminhos, me protegendo, me dando forças para continuar, e permitindo que tudo transcorresse bem, no momento certo. O Senhor é o meu guarda fiel!

Ao meu esposo **Fernando Gonçalves Rodrigues**, obrigada por você ter sido pai e mãe de nossos filhos, nos momentos em que tive que estar ausente para a realização e conclusão deste doutorado, e por estar sempre ao meu lado diante das dificuldades que enfrentei durante esses três anos.

Aos meus filhos amados **Ana Julia Araujo Gonçalves, Gabriel Araujo Gonçalves e Fernanda Araujo Gonçalves**, obrigada por saberem esperar, por suportarem com paciência as minhas ausências, e por torcerem sempre por mim!

Aos meus amados pais **Antônio Ferreira de Araujo e Lourdes Silva de Araujo**, obrigada pelo amor incondicional que têm por mim e por sempre terem incentivado e apoiado meus estudos. Painho e Mainha, eu amo muito vocês!

Aos meus irmãos **Antônio Junior de Araujo, Ana Claudia de Araujo e Joaquim Jonas de Araujo**, obrigada por torcerem e se alegrarem comigo nos bons momentos, e, por terem sempre uma palavra de carinho para as situações difíceis.

Às queridas **Cicinha e Terezinha**, obrigada por cuidarem com muito amor e carinho da minha casa e de meu bem mais precioso, que são meus filhos, em todos os momentos que eu estive ausente de casa. Vocês foram as mães postiças deles!

À minha segunda família **Gonçalves**, obrigada porque estiveram sempre torcendo pelo meu sucesso. Em especial, à minha querida sogra, **Maria Elza Rodrigues Gonçalves**, que em seus atos sempre demonstra um enorme carinho por mim.

A **Fernando Lopes Pessoa Filho**, obrigada por toda ajuda e companhia durante esta trajetória, principalmente, por todo o suporte de “motorista particular” que você deu à Ana Júlia, Gabriel e Fernandinha, quando eu e Fernando viajávamos para Fortaleza, para as orientações. Valeu!!! Você é muito querido em nossa casa!

Aos queridos amigos e irmãos de coração **Cintia Xavier Rodrigues e Alzivan Landim**, pela amizade sincera e por me acolher em seu apartamento todas as vezes que precisei. Vocês fazem parte dessa história!

À minha orientadora Professora Doutora **Viviane Martins da Silva**, que ao longo desses três anos de convivência, contribuiu não somente com minha formação profissional, mas também pessoal. Professora Viviane a senhora é para mim, exemplo de paciência, sabedoria e competência. Obrigada pelo apoio e pelos ensinamentos durante essa caminhada, minha trajetória nesse processo de doutoramento se tornou mais suave através de sua brilhante condução. Serei eternamente grata!

Ao Professor Doutor **Marcos Venícios de Oliveira Lopes**, obrigada por todo o tratamento estatístico dos dados coletados.

Ao querido amigo Professor Doutor **Cicero Magérbio Gomes Torres**, obrigada por todos os ensinamentos, que foram fundamentais para definição do tipo de estudo. Obrigada pela amizade sincera!

À Professora Doutora **Karla Jimena Araujo de Jesus Sampaio**, para mim simplesmente Karlinha, minha amada colega de disciplina e amiga que a vida me deu de presente. Amiga que mesmo em meio a um grave problema de saúde, me orientou na elaboração do projeto de pesquisa, que me deu condições para participar do processo seletivo deste doutorado. Esse projeto foi o embrião de toda essa pesquisa. Karlinha serei eternamente grata a você!

À Banca Examinadora, Professoras Doutoras, **Nirla Gomes Guedes, Regina Cláudia Melo Dodt, Karla Jimena Araújo de Jesus Sampaio, Célida Juliana de Oliveira, Fabiane do Amaral Gubert e Eveline Pinheiro Beserra**, obrigada pelas valiosas contribuições para o esmero deste trabalho.

Às colegas de DINTER, **Eduarda Maria Rodrigues, Eglídia Carla Figueiredo Vidal, Gláucia Margarida Bezerra Bispo e Sarah de Lima Pinto**, obrigada pela convivência e partilha de momentos de grande aprendizado.

À querida amiga **Kely Vanessa Leite Gomes da Silva**, companheira do Dinter, das viagens e do estágio docência. Obrigada pela parceria sincera, pela amizade verdadeira, pelo apoio durante as viagens de avião e pela firmeza na Fé.

À querida amiga **Márcia Leite Gomes Campos**, pelo acolhimento em sua casa e por todo empenho em viabilizar a liberação da bolsa de auxílio financeiro da FUNCAP.

À amiga **Kenya Waléria de Siqueira Coêlho Lisboa**, por toda atenção, carinho e disposição para me ajudar o tempo todo. Obrigada por me acalmar nos dias de angústia!

Aos **Colegas da Disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança e do Adolescente**, obrigada por todo o apoio, cuidado e zelo com a disciplina durante o meu período de afastamento.

Aos discentes, **José Marcos da Costa Oliveira, Nicácia Gomes da Silva, Thaís Isidório Cruz Bráulio, Isabella Simões Babachinas, Ana Raelly Gois da Costa e Oberdan Gonçalves Sales**, obrigada por toda dedicação e empenho em me ajudarem na coleta de dados deste trabalho. Sem vocês eu não teria conseguido!

Ao amigo **Renan Alves Silva**, obrigada pelos trabalhos apresentados em congressos, por sempre tirar minhas dúvidas e pela partilha de conhecimentos sobre a NANDA-I.

À minha querida filha postiça Professora Doutora **Woneska Rodrigues Pinheiro**, pela alegria e boas conversas. Você é a felicidade e a simplicidade materializadas em pessoa!

À querida amiga Professora **Katia Monaísa de Sousa Figueiredo**, obrigada pela amizade, companheirismo e apoio durante esta trajetória. Obrigada principalmente, pela amizade sincera!

À amiga de todas as horas Professora **Aline Moraes Venancio**, obrigada por todo o apoio, compreensão e carinho que você me ofereceu nos momentos mais atribulados. Você é muito especial para mim!

Ao Professor **João Marcos Ferreira de Lima Silva**, obrigada por todos os ensinamentos sobre Estatística. Agradeço pela sua paciência nas orientações estatísticas, sem você eu não teria conseguido entender tantos números!



Aos amigos **Jaime Romero, Sônia Romero e Erine Dantas**, obrigada por todo o apoio, e confiança depositada em mim.

**Aos casais** participantes do estudo, obrigada por compartilhar comigo suas experiências durante a vivência do processo de aleitamento materno.

Às secretárias do Departamento de Enfermagem, **Evilene Vasconcelos de Lima Abreu (Vivi)** e **Emanuella Oliveira Freire (Manu)**, obrigada por serem tão atenciosas comigo.

Ao **Corpo Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA**, meus colegas de trabalho, obrigada pelo apoio nesses anos de convivência.

Ao **Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação** do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, obrigada pela oportunidade e conhecimentos adquiridos.

Aos Professores Doutores **Antônio Germane da Silva Pinto** e **Joselany Áfio Caetano**, pela coordenação e condução do Doutorado Interinstitucional UFC – URCA.

À **Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP**, obrigada por me conceder auxílio financeiro durante o estágio obrigatório em Fortaleza – CE.

À **Universidade Regional do Cariri – URCA** e **Universidade Federal do Ceará – UFC**, obrigada pela parceria e realização do Doutorado Interinstitucional.

**Os meus sinceros agradecimentos!**

*“A gratidão desbloqueia a abundância da vida. Ela torna o que temos em suficiente, e mais. Ela torna a negação em aceitação, caos em ordem, confusão em clareza. Ela pode transformar uma refeição em um banquete, uma casa em um lar, um estranho em um amigo. A gratidão dá sentido ao nosso passado, traz paz para o hoje, e cria uma visão para o amanhã”.*

**Melody Beattie**

## RESUMO

O aleitamento materno é uma das principais práticas que promove a saúde. No entanto, o processo de amamentação é uma tarefa difícil para muitas mulheres. A presença do homem-pai é o suporte de relevância para a amamentação na perspectiva materna. A atuação do pai no contexto da amamentação é permeada por incertezas e dificuldades, uma vez que a assistência à saúde tem enfoque no binômio materno-infantil, não havendo a inclusão paterna nos programas de acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal. Tal fato gera desconhecimento e inaptidão do homem-pai com relação ao aleitamento materno, o que pode influenciar diagnósticos de enfermagem como Amamentação interrompida. Nesse contexto objetivou-se analisar fatores paternos influenciadores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Foi realizado um estudo clínico do tipo caso-controle. A pesquisa foi desenvolvida no Município de Juazeiro do Norte-CE. A população do estudo foi constituída pelos trinômios mãe-pai-filho, que residiam na zona urbana, e cuja mãe e/ou criança estavam cadastradas na Estratégia Saúde da Família do referido município. A coleta de dados aconteceu no período de junho a dezembro de 2017. A amostra do estudo foi composta por 220 trinômios mãe-pai-filho, sendo 101 casos e 119 controles. Os dados foram coletados pela pesquisadora e por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), utilizando um instrumento para determinação do diagnóstico Amamentação interrompida no binômio mãe-filho, e um instrumento para os homens-pai, a fim de realizar uma avaliação da ocorrência de fatores paternos relacionados ao referido diagnóstico que foi construído com base nos indicadores encontrados na revisão da literatura. A presença ou ausência das características definidoras foi determinada pela pesquisadora mediante a utilização de um procedimento operacional padrão. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA) sob o parecer nº 2.081.313. Os dados foram organizados e tabulados por meio do *software Excel*<sup>®</sup> versão 2013 e apresentados em tabelas. Para o processamento e as análises estatísticas dos dados foi utilizado o *software IBM SPSS versão 21.0 for Windows*<sup>®</sup> e o pacote estatístico R versão 3.2. A análise descritiva incluiu valores absolutos e percentuais com respectivos intervalos de confiança de 95% para variáveis nominais, e a apresentação de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas. Para análise bivariada, foi aplicado o teste de *Qui*-quadrado para comparação de proporções ao se analisar a relação de variáveis nominais com a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação

interrompida. Para verificação de diferença de média, foi aplicado o teste t de *Student* após a verificação de aderência à distribuição normal com o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*. No caso de não aderência à distribuição normal, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*. Para a determinação do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida nos binômios mãe-filho e para verificar as medidas de sensibilidade e especificidade das características definidoras mais prevalentes, foi utilizado o modelo de classe latente ajustado com efeitos randômicos. Probabilidades posteriores baseadas no modelo de classe latente ajustado foram utilizadas para constatar a associação das características definidoras e o diagnóstico em estudo. Para avaliar os fatores paternos relacionados ao diagnóstico Amamentação interrompida, foram apresentadas as *Odds Ratios* ajustadas para cada variável com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Foi adotado um nível de significância de 5%. Utilizou-se o Teste exato de *Fisher* para verificar a associação entre os fatores paternos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. As características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, que apresentaram maior prevalência foram: Desejo da mãe de oferecer seu leite para atender as necessidades nutricionais do filho, Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança, Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno, Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno e Amamentação não exclusiva; e, em menor proporção apareceu a característica definidora Separação entre mãe e filho. Os fatores paternos que contribuíram para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida encontradas neste estudo, podem ser classificados como fatores etiológicos reforçadores, dentre os quais pode-se citar: homens-pai que demonstraram acreditar que seu filho chora com fome mesmo tendo sido amamentado, homens-pai que afirmaram que seu filho precisa de água, chá ou leite artificial para complementar o aleitamento materno, homens-pai que afirmaram incentivar o oferecimento de água, chá, leite artificial e outros alimentos e, homens-pais que afirmaram que a forma mais adequada de alimentar o seu filho é através da mamadeira. Conclui-se que existem fatores etiológicos reforçadores paternos, que levam a um aumento da suscetibilidade ao diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, os quais não estão listados na versão atual da taxonomia NANDA-I.

**Palavras-chave:** Pai. Comportamento paterno. Aleitamento materno. Diagnóstico de enfermagem.

## ABSTRACT

Breastfeeding is one of the main actions to promote health. However, the process on itself is a difficult task for many women. The presence of the father is a relevant aid for Breastfeeding in the maternal perspective. The role of the father in the Breastfeeding context is permeated by uncertainty and hardships, since the health assistance has a more intense grasp on the maternal-child binomial, thus there is no paternal inclusion in the follow-up programs of the pregnancy-puerperal cycle. This fact generates a lack of knowledge and inadequacy of the father in relation to Breastfeeding, which can influence nursing diagnosis such as interrupted Breastfeeding. In the context above mentioned, the general objective of this research was to identify the paternal variables that act as related factors from the nursing point of view as to diagnosis interrupted Breastfeeding. A clinical case-control and observational study was conducted. The research was developed in the city of Juazeiro do Norte-CE. The study population consisted of the mother-father-son trinomials, who lived in the urban area and were enrolled in the Family Health Strategy of that city. Data collection took place from June to December 2017. The study sample consisted of 220 mother-father-child trinomials, being 101 cases and 119 controls. The data were collected by the researcher as well as nursing students enrolled in the Universidade Regional do Cariri, using an instrument to determine the diagnosis of interrupted Breastfeeding in the mother-child binomial, and an instrument for the fathers, in order to evaluate the occurrence of the paternal variables related to the diagnosis, which was constructed based on the indicators found in the review of literature. The researcher determined the presence or absence of the defining characteristics using a standard operating procedure protocol. The study received approval from the Research Ethics Committee of Universidade Regional do Cariri under ruling 2.081.313. The data were organized and tabulated using 2013 Excel® and presented in tables. For statistical data processing and analysis, IBM SPSS version 21.0 for Windows® and R version 3.2 were used. The descriptive analysis included absolute and percentage values with respective 95% confidence intervals for nominal variables, and the presentation of central trend and dispersion measures for quantitative variables. For bivariate analysis, the Chi-square test was used to compare proportions when analyzing the relation of nominal variables with the occurrence of the nursing diagnosis of interrupted Breastfeeding. To check the differences in the average, Student's t-test was applied after checking the normal distribution by applying the Kolmogorov-Smirnov test with Lilliefors correction. In case

of non-compliance with the normal distribution, the Mann-Whitney test was administered. In order to determine the nursing diagnosis of interrupted Breastfeeding in the mother-child binomials and to verify the sensitivity and specificity measures of the most prevalent defining characteristics, the latent class model adjusted with random effects was used. Posterior probabilities based on the adjusted latent class model were used to verify the association of the defining characteristics with the diagnosis under study. As to evaluate the paternal variables related to the interrupted Breastfeeding diagnosis, it was presented the adjusted Odds Ratios for each variable with the respective 95% confidence intervals. Significance was set at 5%. Fisher's exact test was used to verify the association between parental variables and the occurrence of the nursing diagnosis of interrupted Breastfeeding. The most prevalent defining characteristics of the nursing diagnosis of interrupted Breastfeeding were: Mother's desire to offer her milk to meet the nutritional needs of the child, Mother's desire to maintain Breastfeeding to meet the nutritional needs of the child, Lack of knowledge in relation to the storage of breast milk, Lack of knowledge regarding the expression (milking) of breast milk and non exclusive Breastfeeding; and the defining characteristic of separation between mother and child to a lesser extent. The paternal variables that contributed to the occurrence of the nursing diagnosis of interrupted Breastfeeding found in this study can be classified as reinforcing etiological factors, among which we can mention: fathers who have showed to believe that their child cries with hunger even though they have been breastfed, fathers who argued that their child needs water, tea or artificial milk to supplement Breastfeeding, fathers who said they encouraged water, tea, artificial milk and other foods and fathers who argued that the most appropriate way to feed their child is with the bottle. It is concluded that there are parental reinforcing etiological factors, which lead to the increase of the susceptibility to the nursing diagnosis of interrupted Breastfeeding, which are not listed in the current version of the NANDA-I taxonomy.

**Keywords:** Father. Parental behavior. Breast feeding. Nursing diagnosis.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Características socioeconômicas maternas (n = 220). Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	53
<b>Tabela 2 -</b>	Características clínicas e demográficas do último filho (n = 220). Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	54
<b>Tabela 3 -</b>	Variáveis obstétricas e relacionadas ao nascimento e aleitamento materno do último filho (n = 220). Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	55
<b>Tabela 4 -</b>	Variáveis socioeconômicas paternas (n = 220). Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	56
<b>Tabela 5 -</b>	Variáveis paternas relacionadas ao aleitamento materno (n = 220). Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	57
<b>Tabela 6 -</b>	Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida identificadas na amostra. Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	59
<b>Tabela 7 -</b>	Medidas de acurácia diagnóstica das características definidoras de Amamentação interrompida baseada no modelo de classe latente ajustado com efeitos randômicos. Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	61
<b>Tabela 8 -</b>	Probabilidades posteriores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida para cada combinação de características definidoras identificadas pela análise de classe latente. Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	62
<b>Tabela 9 -</b>	Relação entre as variáveis socioeconômicas paternas com o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	64
<b>Tabela 10 -</b>	Fatores paternos relacionados ao processo de aleitamento materno do último filho que se comportam como fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	65
<b>Tabela 11 -</b>	Associação entre fatores paternos identificados na amostra e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	66
<b>Tabela 12 -</b>	Associação entre fatores do comportamento paterno relacionados ao aleitamento materno do último filho identificadas na amostra e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Juazeiro do Norte - CE, 2018. ....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AME</b>	Aleitamento Materno Exclusivo
<b>AM</b>	Aleitamento Materno
<b>CE</b>	Ceará
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CUIDENSC</b>	Cuidado de Enfermagem na Saúde da Criança
<b>DE</b>	Diagnóstico de Enfermagem
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GEDIRE</b>	Grupo de Estudo em Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem
<b>GRUPECA</b>	Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Criança e do Adolescente
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NANDA-I</b>	NANDA Internacional, Inc.
<b>NEDIRE</b>	Núcleo de Estudo em Diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OR</b>	Odds Ratios
<b>PAISC</b>	Projeto Ações Integradas na Saúde Cardiovascular
<b>PNIAM</b>	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
<b>RN</b>	Recém-Nascido
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFC</b>	Universidade Federal do Ceará
<b>UNICEF</b>	Organização das Nações Unidas para a Infância
<b>URCA</b>	Universidade Regional do Cariri



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	30
2.1 Objetivo geral .....	30
2.2 Objetivos específicos .....	30
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	31
3.1 Contextualizado a amamentação.....	31
3.2 Determinantes sociais do desmame precoce .....	34
3.3 Diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida .....	36
<b>4 MÉTODO</b> .....	42
4.1 Desenho do estudo .....	42
4.2 Local do estudo .....	42
4.3 População e amostra .....	43
4.4 Construção do protocolo e dos instrumentos de coleta dos dados .....	44
4.5 Procedimento de coleta dos dados .....	48
4.6 Capacitação da equipe envolvida na coleta dos dados .....	49
4.7 Seleção dos grupos caso e controle .....	50
4.8 Análise dos dados .....	51
4.9 Aspectos éticos e administrativos .....	52
<b>5 RESULTADOS</b> .....	53
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	69
6.1 O trinômio do aleitamento materno: características socioeconômicas, demográficas e clínicas .....	70
6.2 Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida .....	84

6.3 Fatores paternos que contribuem para a proteção ou para a exposição do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida .....	87
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	93
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	96
<b>APÊNDICES</b> .....	105
Apêndice A - Procedimento Operacional Padrão (POP) das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida .....	106
Apêndice B - Instrumento de coleta de dados das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida .....	115
Apêndice C - Instrumento de coleta de dados dos fatores paternos que se apresentam como fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida .....	120
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (mulher-mãe / homem-pai) .....	123
Apêndice E - Série histórica do ano de 2015 referente à taxa de aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 3 meses e 29 dias, no município de Juazeiro do Norte – CE, 2016 .....	126
<b>ANEXO</b> .....	129
Anexo A - Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa .....	130

## 1 INTRODUÇÃO

A motivação para a realização desta pesquisa emergiu da minha experiência enquanto docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA, na disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança e do Adolescente e pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Criança e do Adolescente – GRUPECA. Neste grupo, desenvolvo pesquisas de iniciação científica, as quais abordam assuntos envolvendo saúde sexual e reprodutiva, adolescência e amamentação, as quais me despertaram o interesse por entender como se dá o contexto de inserção, de participação e de influência do homem-pai no processo de aleitamento materno do binômio mãe-filho. Essa pesquisa busca analisar os fatores paternos influenciadores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

O aleitamento materno representa a forma natural de nutrição do ser humano nos primeiros meses de vida, a ser estimulada para promoção da saúde e prevenção de muitas doenças (JENERAL *et al.*, 2015). O leite materno possui todos os nutrientes necessários à criança nesse período, além de contribuir para o fortalecimento do sistema imunológico, diminuir o risco de mortalidade infantil e trazer benefícios motores e cognitivos (BEZERRA, *et al.*, 2012).

No Brasil, houve um grande avanço a favor da amamentação, a partir da década de 1980, com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em parceria com órgãos internacionais como a Organização das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais contribuíram para o aumento da duração e da taxa do aleitamento natural (BRASIL, 2009a).

O aleitamento materno pode melhorar a qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar menos faltas ao trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes. Além disso, quando a amamentação é bem sucedida, mães e crianças podem estar mais felizes, com repercussão nas relações familiares e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas famílias (BRASIL, 2009b).

Dentre as capacidades da mãe para o cuidado com o filho, está a função de alimentar, onde a OMS (1997) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam o aleitamento

materno exclusivo (AME) durante os seis primeiros meses de vida e parcial até pelo menos o final do primeiro ano de vida e o aleitamento materno (AM) com alimentos complementares até os dois anos de idade (BRASIL, 2009b).

A amamentação é considerada um dos contatos mais íntimos do ser humano, assim como o ato sexual e o parto. A relação do ato de amamentar com a sexualidade feminina, é estabelecida no momento em que é entendido o significado da terminologia amamentação, que se refere ao ato da nutriz dar o peito ao lactente e o mesmo mamá-lo diretamente (MARTINS; VARGENS, 2014). Acrescenta-se ainda, que o leite materno é a primeira prática alimentar a ser estimulada para a promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de doenças (PIAZZALUNGA; LAMOUNIER, 2009).

O processo de aleitamento materno é uma tarefa difícil para muitas mulheres, pois além das dificuldades enfrentadas com o manejo clínico, existe a ansiedade gerada pelo tempo que consideram “perder” ao amamentar (CARVALHAES; CORRÊA, 2003). Mulheres no período puerperal, entrevistadas no estudo de Gonçalves (2008), revelaram a necessidade de outra pessoa para ajudar, esclarecer e acompanhar. Neste sentido, os familiares devem agir como fontes de ajuda e os profissionais de saúde como fonte de informação.

Apesar de ser biologicamente determinada, a amamentação na espécie humana sofre fortes influências sociais, econômicas e culturais (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Dentro dessa realidade, a mulher fica sendo a única responsável pelo ato de amamentar, por isso que na ocorrência do desmame precoce, atribuem-na responsabilidade por quaisquer agravos que venham acontecer na saúde de seu filho. Esse tipo de abordagem pode ser prejudicial, uma vez que impõe exclusivamente à mãe um fardo que deveria ser dividido com seu companheiro, familiares e profissionais da saúde (ICHISATO; SHIMO, 2002).

Quanto à ajuda familiar, destacam-se como entes mais próximos: a mãe da puérpera e o pai do recém-nascido. No período puerperal e de estabelecimento da amamentação, é importante que o homem-pai reforce com apoio verbal e elogios à mulher, bem como ofereça ajuda na realização das tarefas domésticas e no cuidado dos outros membros da família, que por ventura sejam dependentes do cuidado materno, a fim de assegurar uma amamentação positiva. Contudo, segundo Pontes, Alexandrino e Osório (2012), a amamentação ainda é para alguns homens, uma ação centrada no corpo

biológico feminino, por isso o homem atua apoiando a mulher não como pai auxiliador, mas como pai provedor do lar.

As pesquisas na área da saúde sobre amamentação são realizadas em sua maioria com o objetivo de compreender apenas o contexto materno. Pode-se afirmar que existe uma escassez de estudos voltados para o público masculino, e ainda que a literatura silencie completamente sobre a realidade do homem-pai no contexto da amamentação; seus problemas e hipóteses estão sendo produzidos, na maioria das vezes, com dados que contemplam apenas o universo feminino.

O homem, enquanto pai e companheiro deve participar da assistência à saúde da mulher e da criança, assumindo um papel fundamental no processo de aleitamento materno, onde o apoio paterno se configura como um importante aliado da amamentação (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012). Segundo Brito e Oliveira (2006), a amamentação é uma extensão do processo de gravidez, e se constitui em espaço onde o casal pode colocar em prática e aperfeiçoar a maternagem e a paternagem, que devem ter sido idealizados durante o pré-natal. No entanto, acredita-se coexistir aspectos negativos que afetam principalmente fatores ligados a sexualidade conjugal, que podem ser importantes na determinação da amamentação e na duração do aleitamento materno, sendo o desmame precoce uma consequência da não adequação e conciliação do vivenciar o aleitamento materno e a sexualidade durante a maternidade.

Nesse estudo, optou-se por usar o termo **homem-pai** sempre que houver a necessidade de remeter a ideia da figura masculina que gerou um ou mais filhos e cuja a paternidade é expressada através da participação ativa do cuidado dos filhos, auxiliando a companheira, no que diz respeito à realização das tarefas domésticas, e ainda assumindo a figura de provedor da família no que se refere à esfera econômica. De semelhante modo, usar-se-á o termo **mulher-mãe** a fim de inferir a figura de um ser que é capaz de gerar uma vida dentro de si, que tem o poder de alimentar o seu filho com o próprio leite, assumindo o papel de mãe, cuidadora dos filhos e do lar, esposa e que, muitas vezes, trabalha fora de casa, a fim de contribuir financeiramente com o provimento das necessidades da família.

A presença do pai é o suporte de relevância para a amamentação na perspectiva materna. A influência paterna é destacada como um dos motivos para o aumento de sua incidência e prevalência, ou seja, o pai influi na decisão da mulher de amamentar, e contribui para a sua continuidade. Entretanto, o sucesso do aleitamento não depende somente da sua presença, mas também de sua atitude (MARQUES *et al.*, 2010).

A atuação do pai, no contexto da amamentação, é permeada por incertezas e dificuldades, uma vez que a assistência à saúde tem enfoque no binômio materno-infantil, não havendo a inclusão paterna nos programas de acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, gerando um desconhecimento e inaptidão do homem-pai com relação ao aleitamento materno (SILVEIRA; BARBOSA; VIEIRA, 2016).

Na perspectiva de concepção de papéis e sentimentos, para o homem, a amamentação é um ato fisiológico que permite a alimentação do seu filho e, dentro dessa visão de cunho nutritivo, associado ao caráter afetivo, é culturalmente exclusivo da mulher, o que gera no homem-pai sentimentos de isolamento e competitividade (PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2012; JENERAL *et al.*, 2015; FERRAZ *et al.*, 2016).

A vivência da sexualidade durante a amamentação, possui aspectos condicionados socioculturalmente, delineados psicologicamente e a abordagem desse binômio não contempla as diversas subjetividades que estão em torno da mulher. A dificuldade em compreender o papel de mãe e mulher dentro do mesmo corpo, seja na visão do homem ou da própria mulher, eventualmente poderá repercutir na sexualidade do casal e no aleitamento materno. Assim para algumas mulheres e seus parceiros, a conciliação entre sexualidade e amamentação se torna bastante complexa e dar prioridade a um ou outro, representa um dilema para a mulher-mãe (MARQUES; LEMOS, 2010).

Durante o período da amamentação, ocorrem mudanças nos níveis hormonais, que interferem de forma negativa sobre a relação sexual do casal. Esse fenômeno se explica pela elevação da prolactina, diminuição de andrógenos e estrógenos e liberação de ocitocina. Os baixos níveis de esteroides sexuais podem contribuir para a diminuição do desejo sexual e para a falta ou redução importante da lubrificação vaginal, que pode levar a ocorrência da dispareunia. Outros aspectos de influência negativa são os fatores anatômicos do trauma perineal, o cansaço, o esgotamento físico e a privação do sono, os quais podem levar à diminuição de tempo para privacidade e conseqüentemente, à diminuição da intimidade e do interesse sexual (VETTORAZZI *et al.*, 2012; MARTINS; VARGENS, 2014).

No período do pós-parto, na fase do aleitamento materno, há uma deterioração na qualidade da relação conjugal, já que os pais passam a focalizar os cuidados com a criança, negligenciando as atenções ao parceiro/a necessárias para manter aceso o relacionamento amoroso do casal. Essa concepção é reforçada quando as energias físicas e afetivas direcionadas à criança geram na mulher e no homem sentimentos de

incompreensão e abandono. Isso poderá interferir na sexualidade do casal, que não consegue separar a maternidade do sexo. Sendo assim, os tabus e as crenças que permeiam a amamentação muitas vezes causam o distanciamento entre o homem e sua companheira (VETTORAZZI *et al.*, 2012). Essa realidade quando não é bem administrada na vida do casal, pode trazer desarmonia e problemas sexuais.

Outro aspecto importante na vida do casal no contexto da vivência da sexualidade durante a amamentação, é o retorno à vida sexualmente ativa com o companheiro, que na maioria das vezes costuma ser alvo de negociações, nem sempre satisfatórias para ambas as partes. Nesse sentido, não são raros os relatos sobre a dedicação exclusiva da mãe ao bebê, colocando o companheiro em segundo plano, o que é sentido por muitos homens como uma rejeição (SANDRE-PEREIRA, 2003).

Os sentimentos de abandono e frustração foram identificados perante os pais que relataram perder seu lugar junto à mulher-mãe, que se dedica integralmente ao filho, levando ao distanciamento físico e sexual devido à responsabilidade que o filho traz à mãe, a presença de outros filhos e a sobrecarga de afazeres do lar. Observou-se que esses sentimentos foram mais evidentes nos pais que não receberam orientações necessárias para vivenciar o processo de amamentação (JENERAL *et al.*, 2015).

No momento em que a dedicação da mãe ao bebê e o aleitamento materno passarem a ser percebidos pelo companheiro como rejeição e abandono, gerando conflitos relacionais, a mulher ficará presa em um conflito entre seu papel de “boa mãe” e aquele de “boa mulher” e, provavelmente ela não continuará a amamentar, praticando o desmame precoce. Ir contra o companheiro pode gerar um sentimento de desconforto, ou mesmo um temor do seu desamor e da separação (SANDRE-PEREIRA, 2003).

Estudo realizado por Rivemales, Azevedo e Bastos (2010) com o objetivo de realizar uma revisão sistemática da produção científica sobre o desmame precoce, apontou como principais fatores que podem influenciar negativamente o processo de amamentação, o estado civil no que se refere as mulheres solteiras e sem companheiros fixos, o baixo nível de renda, a baixa escolaridade, condições de trabalho remunerado da mulher, o término do período da licença maternidade, crenças e valores, conhecimentos incorretos sobre a amamentação, realização do parto cesáreo, falta de apoio do companheiro e familiar e falta de acompanhamento pré-natal.

As atitudes do homem no período pós-parto, são fundamentadas nas experiências vivenciadas durante o período do pré-natal. Os pais que não participam da gravidez, que se distanciam sexualmente de suas companheiras e se julgam não

pertencerem ao processo de aleitamento materno, têm grandes chances de perpetuarem esses comportamentos durante um bom tempo após o nascimento do filho. Em contrapartida, o apoio do companheiro à mulher é uma importante estratégia de estabilização familiar, como também de êxito na lactação natural (VETTORAZZI *et al.*, 2012).

Silva e Figueiredo (2005) afirmam que um aspecto importante para que o homem e a mulher consigam superar as dificuldades/mudanças que ocorrem a nível familiar e conjugal após o nascimento de um filho, é o modo como o casal vivencia a transição de uma vida que além da experiência da conjugalidade, passe a ter a parentalidade, marcada pelo período de gestação, maternidade e paternidade. Os níveis de estresse que essa reorganização implica, são variáveis de casal para casal. De qualquer modo, é um processo que implica sempre descentralização e o assumir novos papéis.

Segundo Piazzalunga e Lamounier (2009), a mulher precisa de apoio, compreensão, amor, respeito de seu companheiro no ato de amamentar. Cabe ao companheiro manter a calma, dar apoio e compreensão principalmente no início, pois a harmonia familiar favorece a amamentação.

Por isso não se pode negar a importância paterna na relação familiar e na construção da identidade dos filhos. Um novo pai está surgindo, mas essa construção social depende das relações de gênero, dos novos conceitos e concepções da nova mãe. Considerando que a amamentação é fortemente influenciada pela maneira como é conduzida, pode-se observar que já houve mudanças bastante significativas relacionadas à participação do homem, pois estes, há algum tempo, não interferiam na amamentação ou mesmo nunca conversavam sobre o assunto. Essa mudança de comportamento reforça ainda mais a necessidade de sensibilização dessa população por parte da equipe multiprofissional, esclarecendo aos homens-pai sobre seu papel e motivando-os a participar mais desse momento tão importante na vida da família (PIAZZALUNGA; LAMOUNIER, 2011).

Em estudo com o objetivo de identificar os fatores associados à manutenção do AM por dois anos ou mais, Martins e Giugliani (2012) afirmam que o homem-pai é uma das figuras que mais influenciam a mãe com relação ao AM, especialmente quando eles coabitam e quando o pai é o principal provedor da família. Muitas vezes o pai fornece suporte para o início e a manutenção do AM, porém tem sido observado que ele pode influenciar negativamente quando não é favorável ao AM ou é ambivalente (BAR-YAM, DARBY, 1997; SCOTT *et al.*, 2001).



Diante do exposto, temos um cenário em que 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% e, em Fortaleza, capital do Ceará, essa taxa fica abaixo da Região Nordeste, que é de 6,4%. Uma pesquisa realizada pelo MS em 2008 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostrou que a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana de AM de 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009a). Esses dados retratam que apesar de a promoção da amamentação ser alvo de políticas públicas no Brasil, a prevalência do aleitamento materno ainda está muito aquém do preconizado pela OMS e pelo MS, e que a introdução precoce de outros alimentos a dieta dos lactentes vem contribuindo para a ocorrência do desmame precoce.

Um estudo realizado por Demétrio, Pinto e Assis (2012), abordando os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno, obteve 74,73 dias como duração mediana do aleitamento materno exclusivo, 211,25 dias de duração para o aleitamento misto complementado, e para o aleitamento total foi de 432,63 dias.

Com essa realidade, as ações de promoção do aleitamento materno devem ser realizadas, predominantemente, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas quais estão inseridos os enfermeiros, que devem estabelecer o diagnóstico de enfermagem Amamentação ineficaz o mais precocemente possível, desenvolver atividades educativas abordando a superioridade do leite materno e o modo de amamentar eficazmente, monitorar as nutrizes, podendo assim, na maioria dos casos, evitar a interrupção da amamentação (FREITAS *et al.*, 2014).

Como visto, existem muitos fatores que podem interferir no processo de aleitamento materno. A literatura disponível pontua muito claramente os fatores maternos que influenciam o fenômeno do desmame precoce (ARAUJO *et al.*, 2008; VIEIRA *et al.*, 2010; RIVEMALES; AZEVEDO; BASTOS, 2010; OLÍMPIO; KOCHINSKI; RAVAZZANI, 2010; ROIG *et al.*, 2010; HERNANDEZ; KÖHLER, 2011; DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012; ABREU; FABBRO; WERNET, 2013; AMARAL *et al.*, 2015; MARANHÃO *et al.*, 2015; MARGOTTI; MATTIELLO, 2016; CAPUCHO *et al.*, 2017; ALVAREGA *et al.*, 2017); contudo, ainda não se tem estudos que investigam características, comportamentos ou fatores paternos que podem influenciar no desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) se baseiam no agrupamento de dados coletados sobre o paciente para o cuidado; contribuem para a base do conhecimento da

profissão e o estabelecimento de cuidados específicos a uma determinada situação ou indivíduo. O uso de uma taxonomia, sistema de classificação da linguagem profissional para DE, contribui para futuros estudos sobre o tema. A mais comumente utilizada é a Taxonomia II da NANDA Internacional, Inc. (NANDA-I). Os diagnósticos de enfermagem permitem que o enfermeiro estabeleça intervenções, priorizando as situações de agravamento, risco ou predisponentes ao comprometimento da saúde do paciente (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O termo diagnóstico surgiu na literatura norte-americana em 1950, quando Mac Manus propôs, dentre as responsabilidades do enfermeiro, a identificação dos diagnósticos ou problemas de enfermagem. A partir de 1973, várias conferências foram realizadas e muitos avanços foram sendo conseguidos no sentido de definir melhor quais os diagnósticos a serem identificados e como validá-los na prática clínica. A NANDA-I, criada em 1982, assumiu a responsabilidade de dar continuidade aos trabalhos desenvolvidos. Em decorrência destes trabalhos, foi estabelecida em 1986 a primeira Classificação Internacional denominada Taxonomia I dos Diagnósticos de Enfermagem (FARIAS *et al.*, 1990; CRUZ, 1995). Atualmente, foi definida como a Taxonomia II (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Carvalho *et al.* (2014) afirmam que a utilização da taxonomia da NANDA-I favorece uma visão mais completa do paciente inserido em seu contexto, permitindo organizar, planejar e direcionar a assistência de enfermagem.

A taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I apresenta três diagnósticos referentes ao processo de amamentação: Amamentação ineficaz (00104), Amamentação interrompida (00105) e Disposição para Amamentação melhorada (00106). Amamentação ineficaz é um diagnóstico com foco em problema, definido como uma dificuldade para oferecer o leite das mamas, o que pode comprometer o estado nutricional do lactente ou da criança. Amamentação interrompida é a quebra na continuidade do oferecimento de leite das mamas, que pode comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente ou da criança. Por Disposição para Amamentação melhorada entende-se o padrão de oferecimento de leite das mamas a um lactente ou uma criança que pode ser melhorado (HERDMAN; KAMITSURU 2018, p. 156 - 8).

Devido ao importante papel que o pai assume no processo de amamentação e as baixas taxas de incidência e prevalência da amamentação exclusiva, decidiu-se nesta pesquisa analisar os fatores paternos relacionados ao diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Este diagnóstico de enfermagem foi introduzido na

NANDA-I em 1992 e passou por um processo de validação em 2013. Em 2015, esse diagnóstico passou por uma revisão na estrutura taxonômica, onde foi adicionada uma característica definidora, um fator relacionado e foram retiradas seis características definidoras, além de receber nova localização na taxonomia, passando do Domínio Papéis e relacionamentos, para o Domínio Nutrição e da Classe Papéis do cuidador para a Classe Ingestão. Tal diagnóstico apresenta como característica definidora a amamentação não exclusiva (HERDMAN; KAMITSURU, 2015, p. 152).

Segundo Herdman e Kamitsuru (2018, p. 157), o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida possui como fatores relacionados: necessidade de desmamar abruptamente o lactente e separação entre mãe e lactente. Apresenta ainda como populações em risco: emprego materno, hospitalização da criança e lactente prematuro. O diagnóstico possui como condições associadas: contraindicações ao aleitamento materno, doença da mãe e doença do lactente. Diante desses indicadores diagnósticos, pode-se inferir que na sua totalidade eles são referentes ao binômio mãe-filho, não contemplando desta maneira a participação do pai no contexto do aleitamento materno.

O diagnóstico de enfermagem é visto como uma tecnologia que utiliza uma metodologia propícia ao pensamento crítico, útil para estruturar o conhecimento da enfermagem, direcionar a necessidade de cuidados do paciente e definir o papel do enfermeiro. A atividade diagnóstica facilita o desenvolvimento da assistência ao paciente, ao mesmo tempo 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 (BRAGA; CRUZ, 2003).

Para o processo de julgamento clínico dos diagnósticos com foco no problema, faz-se necessária a interpretação da definição do enunciado diagnóstico, características definidoras, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas, uma vez que o enfermeiro deve se preocupar com a existência de riscos à exatidão das interpretações.

O enunciado e a definição diagnóstica oferecem uma descrição clara e exata da resposta humana e ajudam o enfermeiro a distinguir um diagnóstico de outros similares. As características definidoras são inferências passíveis de observação, agrupadas como manifestações clínicas dos diagnósticos com foco em problema, de promoção da saúde ou de risco. Os fatores relacionados são compreendidos como fatores etiológicos dos diagnósticos de enfermagem, mostram uma relação padronizada com o diagnóstico e estes geram a elaboração das intervenções de enfermagem individualizadas

(HERDMAN; KAMITSURU, 2015). População em risco são grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser susceptível a determinada resposta humana e, as condições associadas são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Segundo Lopes e Silva (2016), os fatores etiológicos são classificados em predisponentes, incapacitantes, precipitantes e reforçadores. Os fatores etiológicos predisponentes levam a um aumento da suscetibilidade ao diagnóstico de enfermagem, os fatores incapacitantes interferem na recuperação ou na promoção da saúde, os precipitantes representam fatores que iniciam a cadeia causal e os fatores reforçadores ampliam o efeito de uma condição clínica existente.

Após a realização de buscas na literatura nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), usando os descritores pai, comportamento paterno, aleitamento materno e diagnóstico de enfermagem, observou-se que na temática de diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação, os estudos eram focalizados no binômio mãe-filho e tinham seus objetivos voltados principalmente para fazer levantamento da frequência e prevalência dos diagnósticos, de suas características definidoras e de seus fatores relacionados (ABRÃO; GUTIÉRREZ; MARIN, 1997; VIEIRA, 2004; ABRÃO; GUTIÉRREZ; MARIN, 2005; SILVA, *et al.*, 2008; VIEIRA *et al.*, 2010a; VIEIRA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2013; FREITAS *et al.*, 2014; NEVES; ARAUJO; LACERDA, 2014; CARVALHO *et al.*, 2014; SANTANA *et al.*, 2015; ALVARENGA *et al.*, 2018). Embora a literatura descreva a importância do pai no processo de amamentação, não foram encontrados estudos de diagnósticos de enfermagem que estabeleçam relações entre o pai (comportamentos assumidos, sentimentos, características intrínsecas e extrínsecas) e os diagnósticos de amamentação. Assim, estudos que visam analisar os fatores relacionados paternos podem colaborar para modificar o cenário das publicações científicas acerca dos diagnósticos de amamentação, além de auxiliar no desenvolvimento de ações de cuidado da enfermagem voltadas ao trinômio mãe-filho-pai, inseridos em um contexto familiar.

Em estudo realizado por Freitas *et al.* (2014), o diagnóstico de enfermagem Amamentação ineficaz obteve uma prevalência de 84,2% entre as nutrizes e foram investigados como principais fatores relacionados a esse diagnóstico: mamilos invertidos, reflexo na descida do leite inadequado, prematuridade, ansiedade materna, ambivalência

materna, parto múltiplo, história de amamentação mal sucedida, falta de apoio do companheiro e da família e falta de conhecimento dos pais. No mesmo estudo, esses autores afirmam que a continuidade ou interrupção da amamentação se relaciona com fatores biológicos, socioeconômicos e culturais.

Em estudo realizado por Carvalho *et al.* (2014), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Fortaleza – CE, com o objetivo de identificar os DE de amamentação, sua frequência de ocorrência, suas características definidoras e o valor da confiança materna com base na escala de autoeficácia em amamentação, traduzida, adaptada e validada culturalmente para a língua portuguesa por Oriá e Ximenes (2010), o DE Amamentação interrompida apresentou uma frequência de 28,6% dentre os 28 binômios mãe-filho estudados; sendo que a característica definidora mais frequente para este diagnóstico foi “A criança não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas”, presente em 14 dos binômios avaliados.

Esse mesmo estudo mostrou ainda que o diagnóstico de Amamentação ineficaz apresentou “Processo de amamentação insatisfatório”, como sua característica definidora mais expressiva, com ocorrência de 42,9% (CARVALHO *et al.*, 2014). Esses dados levam a inferência que existe a probabilidade da frequência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida aumentar entre as nutrizes, se não houver ações de enfermagem com intervenções focadas nos fatores associados à amamentação que levam ao desmame precoce.

O diagnóstico de enfermagem de Amamentação ineficaz apresenta como principais características de inferência o déficit de conhecimento sobre amamentação, alimentação suplementar com mamadeiras, parceiro não oferece apoio e ansiedade materna (VIEIRA *et al.*, 2011). Pode-se afirmar que esses fatores que prejudicam a amamentação tem o potencial de converter o diagnóstico de Amamentação ineficaz em Amamentação interrompida, elevando a prevalência do desmame precoce.

Silva *et al.* (2013) realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar os DE relacionados à amamentação em recém-nascidos (RN) de uma unidade de alojamento conjunto em Fortaleza – CE e obtiveram o DE Amamentação interrompida com prevalência de 8,4% dos casos. No entanto, esse diagnóstico esteve presente quando houve descontinuidade no processo de amamentação relacionado principalmente à prematuridade, caracterizado pela separação entre mãe e filho e contraindicação clínica do recém-nascido em mamar ao peito.

Carvalho *et al.* (2014) destacam que a identificação dos fatores de riscos para a não amamentação ou desmame precoce deve ser realizada rapidamente, para que se direcionem os cuidados com a puérpera e a criança a fim de que diagnósticos de risco não evoluam para diagnósticos com foco em problema; e complementam que a avaliação dos DE de amamentação contribui para a individualização e humanização do cuidado, pois estará voltada para as reais necessidades da mulher dentro do processo de amamentação.

Embora os estudos sobre diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação, no contexto das questões voltadas para o binômio mãe-filho, tenham respondido várias questões pertinentes, uma investigação sobre a influência dos fatores paternos relacionados ao diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida ainda não foi contemplada como objeto de investigação. Diante destes aspectos, foi despertada a necessidade de se investigar a associação entre os fatores paternos e a presença ou ausência do diagnóstico Amamentação interrompida.

Destarte, a relevância de estudos que visem investigar fatores paternos influenciadores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida fundamenta-se nas contribuições que estes podem oferecer para a elucidação da dialética existente entre aspectos biológicos, socioeconômicos e culturais que influenciam a continuidade ou a interrupção do processo de aleitamento materno. Além disso, estudos dessa natureza podem aprimorar, não apenas a prática clínica do enfermeiro, mas também o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem. Diante disso, torna-se fundamental o estudo dos fatores paternos que predisõem ao aparecimento do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, objetivando conhecê-los para então intervir de forma eficaz no contexto masculino relacionado à amamentação.

Diante do exposto, surgem os seguintes questionamentos: Qual a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida nos binômios mãe-filho? Quais fatores paternos são mais frequentes no contexto dos binômios mãe-filho com diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida? Quais fatores paternos aumentam a chance de ocorrência do diagnóstico Amamentação interrompida dos binômios mãe-filho? Os fatores paternos são apresentados de forma distinta pelos binômios mãe-filho com e sem o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida?

Acredita-se que o estudo proposto permitirá uma visualização das questões que permeiam o processo de amamentação e que envolvem o homem-pai. Além de proporcionar uma reflexão sobre características e atitudes paternas que podem influenciar

à amamentação, com o intuito de contribuir para o estabelecimento de intervenções de enfermagem, voltadas não só para a mãe e o filho, mas também para o pai, a fim de provavelmente ocasionar mudanças no exercício do homem, de ser pai e companheiro, no que diz respeito a vivência do processo de aleitamento materno.

Nesta perspectiva, a relevância deste estudo está em contribuir para a construção de novos conhecimentos e reflexões para a comunidade científica e para a Enfermagem dentro do processo de julgamento clínico dos diagnósticos de amamentação, para que o profissional enfermeiro possa lançar mão de tecnologias como ferramentas que padronizem a linguagem da profissão e para o planejamento das ações de educação em saúde para a promoção do aleitamento materno.

Este estudo fundamenta-se na hipótese de que o homem-pai apresenta fatores influenciadores da ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida do binômio mãe-filho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar fatores paternos influenciadores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida do binômio mãe-filho;
- Determinar a prevalência de fatores paternos influenciadores em uma amostra de pais, cujo o binômio mãe-filho desenvolveu ou não o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida;
- Analisar a relação entre fatores paternos e a presença/ausência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida do binômio mãe-filho.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Contextualizando a amamentação

O leite materno é um alimento completo que fornece água e todos os nutrientes essenciais, é isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo do bebê. Segundo o MS, a amamentação é uma das principais práticas que promovem a saúde, estando associada à diminuição de doenças e à mortalidade na infância, com reflexos positivos durante toda a vida. Vale ressaltar que a amamentação proporciona íntima relação entre a mãe e a criança e tem implicações na capacidade do RN de se proteger de infecções, devido a suas qualidades fisiológicas; promove o desenvolvimento cognitivo e emocional e também a saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2011). Desse modo, a amamentação eficaz reflete nas relações familiares e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas famílias.

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde desenvolveu múltiplas ações para promover, proteger e apoiar o AM, tais como: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), Bancos de Leite Humano, Método Canguru de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso e da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) (BRASIL, 2002). Em 2005, houve também a implantação da Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde, que visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres (BRASIL, 2012). No entanto, todas essas ações governamentais possuem focos de atenção voltados para assistência do binômio mãe-filho.

Resende *et al.* (2014) evidenciam a importância da criação de planos e políticas públicas que insiram o homem na fase de vivência do aleitamento materno, a qual é tão importante na vida da mulher e da criança. Os autores afirmam que o avanço na superação do modelo de paternidade hegemônico requer políticas públicas direcionadas pela inserção dos pais no contexto dos cuidados e das experiências afetivas. Promover condições para que os pais se tornem parte ativa do processo, como por meio de sua participação nas consultas de pré-natal e puericultura e/ou em dinâmicas nos sítios de saúde na fase puerperal da mulher, são fundamentais para o exercício efetivo do papel

de pai durante o período de aleitamento materno, criando e fortalecendo laços afetivos para toda a vida.

Apesar de a promoção da amamentação ser alvo de políticas públicas no Brasil, a prevalência do aleitamento materno ainda não corresponde à preconizada pela OMS, que desde 1975 recomenda essa prática como forma de alimentação exclusiva até os seis meses de vida e, associada a outros alimentos até os dois anos ou mais. O Ministério da Saúde recomenda ainda, que durante a primeira hora de vida todo recém-nascido deva ser colocado no peito da mãe para sugar o seu leite, sempre que os dois estiverem clinicamente estáveis, aumentando o vínculo mãe e filho e promovendo o aleitamento materno (BRASIL, 2009b). Portanto, é de extrema relevância conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela OMS e reconhecidas mundialmente, sendo o aleitamento materno classificado segundo WHO (2007, p. 4) em:

**Aleitamento Materno:** quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado) e pode ou não estar recebendo outros alimentos.

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

**Aleitamento Materno Predominante:** quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

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

**Aleitamento Materno Misto ou Parcial:** quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

O aleitamento materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015). Os benefícios

que o AM proporciona ao binômio mãe-filho são inúmeros, dentre os quais, podemos destacar que ele protege contra a diarreia e infecções respiratórias, evita a mortalidade infantil, diminui o risco de alergias, hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, reduz a ocorrência das malformações da dentição, estimula e exercita a musculatura que envolve o processo da fala, promove melhor desenvolvimento da cavidade bucal, tem efeito positivo na inteligência, além de ser o alimento capaz de suprir sozinho todas as necessidades nutricionais e proporcionar tranquilidade ao recém-nascido. Ainda, protege a mãe contra o câncer de mama, evita nova gravidez, promove o vínculo entre mãe e filho, contribui para a contração uterina no período pós-parto, prevenindo possíveis hemorragias e anemias, auxilia na diminuição do peso corporal, acumulado durante a gestação, além de significar menores custos financeiros para a família com outros tipos de leite, mamadeiras, bicos e gás de cozinha (BRASIL, 2011). Mesmo com a ampla divulgação desses benefícios, as durações tanto do aleitamento materno exclusivo quanto do aleitamento materno no Brasil estão muito abaixo do que é recomendado pela OMS e MS.

Durante a amamentação, o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho desenvolve-se de forma natural e verdadeira, o que favorece a construção do elo de confiança que permanecerá durante toda a vida. Acredita-se que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher (BRASIL, 2015).

Promover e apoiar o aleitamento materno é uma das prioridades da saúde pública no Brasil. O MS recomenda que o apoio ao aleitamento inicie assim que a gestação é detectada, pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, e continue sendo desenvolvido durante o puerpério. Não basta ao profissional de saúde ter conhecimentos básicos e habilidades em AM, é necessário que ele tenha competência para se comunicar com eficiência, não apenas repassando seu conhecimento para a gestante e dizendo-lhes o que a mesma deve fazer, mas deve utilizar a técnica do aconselhamento em amamentação (BRASIL, 2015).

O profissional enfermeiro atua diretamente no incentivo ao AM, pois possui contato direto com as gestantes, puérperas e neonatos, estando presente nos períodos de pré-natal e puerpério imediato, mediato e tardio. Suas intervenções têm enfoque nos

benefícios nutricionais, emocionais e fisiológicos para o binômio mãe-filho (AMARAL *et al.*, 2015; CUNHA; SIQUEIRA, 2016).

### **3.2 Determinantes do desmame precoce**

A amamentação deve ser considerada ainda uma experiência singular, não tendo como foco apenas a criança, mas também a mulher como protagonista e a família como rede de apoio deste processo, que é influenciado pela subjetividade, pela vivência e pelo meio social em que essa mulher está inserida.

Nesse contexto, torna-se necessário reconhecer que a amamentação é uma prática complexa, que não deve ser reduzida apenas aos aspectos biológicos, pois inclui a valorização de diversos fatores, contemplando as condições demográficas, socioeconômicas, culturais, obstétricas, ambientais e psicológicas, além daquelas relacionadas à assistência prestada pelos profissionais de saúde (DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012). Partindo desse enfoque, pode-se afirmar que o AM depende de fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu êxito. Alguns desses fatores estão diretamente relacionados à mãe, como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar, ao passo que outros se referem à criança, ao companheiro ou ao ambiente, havendo também fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

Resgatando a história, pode-se correlacionar a realidade das baixas taxas do AM a fatores como a Revolução Industrial, na segunda metade do século XVIII, onde ocorreu a entrada em massa das mulheres no mercado de trabalho e o investimento crescente na indústria de processos alimentícios, provocando 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 da tarefa de amamentar e isso resultaria em um melhor aproveitamento do tempo (CARMINHA *et al.*, 2010).

Segundo Moreira e Murara (2012), a interrupção precoce do AM pode desencadear consequências graves, gerando prejuízos para a mãe e a criança: desnutrição, baixa resistência orgânica e casos infecciosos irreversíveis, aumentando assim de forma significativa o índice da mortalidade infantil. Arantes *et al.*, (2011) afirmam que quando ocorre a introdução precoce de alimentos complementares, há uma interferência na absorção de nutrientes importantes presentes no leite materno, como ferro e zinco, além

de haver uma redução no tempo de aleitamento. Segundo estudo de avaliação de risco, nos países em desenvolvimento, poderiam ser salvas 1,47 milhões de vidas por ano se a recomendação de aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado por dois anos ou mais fosse cumprida (BRASIL, 2015).

Nos últimos anos, observou-se consideráveis avanços em relação à prática do aleitamento materno. Apesar dos esforços, o desmame precoce está presente no cenário brasileiro. Entende-se por desmame a interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses de vida, independente do motivo da interrupção e de ser ela uma decisão materna ou não (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

Entretanto, muitos estudos não se dedicam apenas a conhecer as causas do abandono total da prática da amamentação, mas observam também os determinantes relativos à suspensão precoce do aleitamento materno exclusivo, onde ocorre a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta da criança, situação denominada “período de desmame” (HERNANDEZ; KÖHLER, 2011). Whalen e Cramton (2010) afirmam que os estudos sobre determinantes da interrupção precoce do AM, identificaram fatores socioeconômicos, culturais, demográficos e biológicos. Atualmente, a preocupação com os efeitos deletérios do desmame precoce representa uma unidade nas agendas de saúde coletiva do Brasil.

Segundo Caldeira e Goulart (2000), o aleitamento materno sofre influência de variáveis que determinam o desmame precoce ou a extensão da amamentação, podendo estas serem divididas em cinco grupos: **1) Variáveis demográficas:** tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, número de filhos, experiência prévia dos pais com a amamentação; **2) Variáveis socioeconômicas:** renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe da família; **3) Variáveis associadas à assistência pré-natal:** orientação sobre amamentação e desejo de amamentar; **4) Variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata:** alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde e dificuldades iniciais; **5) Variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar):** estresse e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pela criança, introdução precoce de outros leites, fórmulas, chás e/ou água na alimentação da criança.

Entre os fatores clínicos que afetam o aleitamento materno, incluem-se: características anatômicas dos mamilos, fissuras, ingurgitamento mamário, mastites, hipogalactia, prematuridade, drogas, infecção puerperal, bem como a dor, que quando

permanece durante toda a mamada, contribui sobremaneira para a mãe desmamar seu filho (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Ainda na perspectiva de fatores que determinam o desmame precoce, pode-se citar: a influência da mídia com relação aos benefícios das fórmulas infantis, crenças e valores maternos, conhecimento inadequado dos pais sobre o processo de amamentação, falta de apoio do homem-pai, falta de apoio familiar, influência da avó, término do período de licença maternidade, uso de chupetas e mamadeiras (VIEIRA *et al.*, 2010; ABREU; FABBRO; WERNET, 2013; ALVARENGA *et al.*, 2017).

### **3.3 Diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida**

Para NANDA-I, Amamentação interrompida constitui resposta humana que reflete uma quebra na continuidade do oferecimento de leite das mamas, podendo comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente ou da criança. Este diagnóstico possui dois fatores relacionados (necessidade de desmamar abruptamente o lactente e separação entre mãe e lactente), três populações em risco (emprego materno, hospitalização da criança e lactente prematuro) e três condições associadas (contraindicações ao aleitamento materno, doença da mãe e doença do lactente) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Entretanto, até o momento, não há estudos sobre o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, que tenham investigado a existência de fatores que interferem no aleitamento materno, associados especificamente aos homens-pai. Na edição atual da taxonomia da NANDA-I, o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, não apresenta fatores relacionados que estejam intrinsecamente associados a figura paterna. Entretanto, acredita-se que o homem-pai é protagonista no sucesso ou insucesso da amamentação. Assim, no presente estudo, buscou-se analisar fatores apresentados pelo homem-pai que influenciam a ocorrência do diagnóstico Amamentação interrompida.

A seguir, apresentam-se os estudos identificados na literatura sobre fatores que influenciam a amamentação, o aleitamento materno ou o diagnóstico de enfermagem. Segundo Araujo *et al.*, (2008), a idade materna mais jovem está relacionada à menor duração do aleitamento, talvez motivada por algumas dificuldades, tais como: um nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras. Carrascoza, Costa Junior e Moraes (2005) complementam afirmando que as adolescentes

muitas vezes aliam sua própria insegurança e falta de confiança em si mesma para prover a alimentação para a sua criança à falta de apoio das próprias mães ou familiares mais próximos, ao egocentrismo próprio dessa idade e aos problemas com a autoimagem, alcançando frequentemente, um menor índice de aleitamento. Para algumas mães adolescentes, a amamentação pode limitar e interferir significativamente na vida social, levando à manifestação de sintomas de impaciência, irritação e até mesmo raiva (HERNANDEZ; KÖHLER, 2011).

No que se refere ao grau de instrução materna, a literatura afirma que esse fator afeta a motivação para amamentar. A baixa escolaridade é um fator determinante da prática e continuidade da amamentação. Mulheres com maior escolaridade amamentam seus filhos por mais tempo (ARAUJO *et al.*, 2008). Com relação à classe socioeconômica, uma pesquisa realizada no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), em Fortaleza – CE, observou que a amamentação exclusiva está associada positivamente com o status socioeconômico, haja vista que o AME foi identificado entre mulheres com maiores renda e escolaridade (HENRY *et al.*, 2010).

O crescimento da participação feminina no mercado de trabalho no país foi uma das transformações sociais ocorridas desde os anos de 1970, fato que transcende o aleitamento materno, pois a inserção da mulher pobre no trabalho fora de casa, tece um cenário favorável ao desmame, já que isso implica em uma mudança do comportamento da mulher em relação à amamentação (ARAUJO *et al.*, 2008).

O trabalho materno pode influenciar no desmame precoce pelo fato de não favorecer a manutenção da amamentação, pois, em muitos casos, existe desrespeito à licença maternidade, a inexistência de creche ou de condições para ocorrer amamentação no local e horário de trabalho. Essa realidade é potencializada pela dependência financeira do emprego devido à forte tendência de as mulheres estarem como provedoras financeiras de suas famílias e pelo desconhecimento dos direitos trabalhistas (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

A literatura aponta que o tipo de parto influencia na amamentação. Um estudo realizado com 8.397 nutrízes, em 47 maternidades do Rio de Janeiro – RJ, identificou que o parto cesariano foi responsável por reduzir pela metade a prevalência da amamentação na primeira hora de vida do bebê (BOCCOLINI *et al.*, 2011). Assim, os diagnósticos de amamentação devem ser investigados em nutrízes que realizam parto cesariano, pois segundo Araujo *et al.* (2008), este fator condiciona um retardo do início da amamentação, causando ansiedade e insegurança para a lactante e influenciando negativamente o

processo de amamentação. Crianças que nascem por cesariana apresentam um risco três vezes maior de serem desmamadas no final do primeiro mês de vida.

Freitas *et al.* (2014) afirmam que existe associação entre o pai residir com a criança e uma maior duração do aleitamento materno. O estudo de Hernandez e Köhler (2011) demonstrou que quando o companheiro coabita com a mãe amamentadora, há uma maior duração no período do aleitamento materno. A presença do parceiro transmite sensação de apoio, influência positiva e segurança, para a continuidade da lactação natural nos primeiros dois anos de vida da criança.

No período pós-parto, as atenções tendem a se voltar principalmente ao RN, 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 (VIEIRA *et al.*, 2011). Assim, a ansiedade materna é apontada como um dos fatores mais frequentes entre as puérperas que apresentam Amamentação ineficaz ou Amamentação interrompida.

A associação entre maior duração do AM e a experiência com amamentação ocorre porque possivelmente a vivência da prática do AM interfere positivamente na decisão materna de amamentar, bem como facilita o seu desempenho (VIEIRA *et al.*, 2010b). No entanto, Faleiros, Trezza e Carandina (2006) alertam para o fato de que ter experiência prévia com AM não garante a amamentação dos filhos subsequentes, já que cada nascimento ocorre em contextos diferentes.

Vieira *et al.* (2010b) encontraram associação positiva entre fissura mamilar e a interrupção precoce do AME e afirmam que é preciso considerar que a fissura mamilar é mais comum nos primeiros meses de lactação, época em que a amamentação está se estabelecendo, sendo assim necessária a identificação das causas dessa afecção para possível intervenção e prevenção do desmame precoce. Os problemas mamários causam dor e desconforto à mulher, muitas vezes despontam também como fator para a quebra na continuidade do aleitamento materno e estão associados à anatomia dos mamilos, pega incorreta e falta de conhecimento materno relacionado ao manejo do AM.

Após o parto, quando retorna ao seu contexto social, a mulher sofre interferências na sua forma de pensar e agir com relação ao aleitamento materno. Dentro dessa concepção, a avó poderá transmitir tabus, crenças e proibições inerentes a um dado contexto histórico-social, atuando dessa forma como um elemento desestimulador ou estimulador para a amamentação, considerando que a avó é tomada na família como modelo de referência aos cuidados com a criança, inclusive ao aleitamento materno. Isso



pode levar à introdução precoce de outros alimentos, que se inicia geralmente no período que segue à alta hospitalar (MACHADO *et al.*, 2004).

Pode-se inferir que as crenças maternas têm influência no AM, especialmente aquelas relacionadas à qualidade nutritiva do leite materno. O mito de “leite materno fraco” coloca em dúvida a segurança da manutenção da prática do aleitamento materno exclusivo. Na tomada de decisão em relação à mesma, identifica-se a influência da quantidade de produção de leite, do ganho de peso da criança e da intensidade e frequência de choro por parte da criança. Especificamente, o choro da criança angustia a nutriz e é associado à fome, principalmente quando ocorre após a amamentação. Isto tende a promover a introdução de outros alimentos na dieta da criança, bem como promove o uso da chupeta e da mamadeira (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

O início tardio da introdução de água e/ou chás e de outros leites na alimentação da criança se mostrou associado com a manutenção do AM por dois anos ou mais, em um estudo realizado por Martins e Giugliani (2012). Esses autores afirmam que quanto mais tarde a criança começou a receber esses líquidos, maior foi a probabilidade de ela ter sido amamentada por no mínimo 2 anos. Ainda no mesmo estudo, a introdução de outro leite no primeiro mês de vida aumentou a chance da interrupção do AM nos primeiros seis meses de vida.

A literatura aponta que o uso da chupeta está associado com menor duração do aleitamento materno e do AME. Martins e Giugliani (2012) corroboram e afirmam que esse hábito pode interferir negativamente na manutenção do AM por dois anos ou mais. É possível que crianças que usam chupeta reduzam o número de mamadas por dia e, como consequência, menor estimulação do complexo mamilo-areolar e menor produção de leite, levando à necessidade de suplementação e provavelmente à ocorrência do desmame precoce (VIEIRA *et al.*, 2010a). O uso da mamadeira como recurso de oferta do leite artificial, gera a confusão de bicos que interfere na pega correta do peito e na qualidade da mamada, o que ocasiona a ocorrência da sucção incorreta, mamadas curtas e pouco frequente ao seio, mamas cheias e ingurgitadas (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

A mídia, por sua vez, atua de forma dual: por um lado destaca vantagens e benefícios da prática do AM ao bebê e à mãe e, por outro, traz incentivos para o uso da chupeta, da mamadeira e para a possibilidade de ser o leite artificial um substituto adequado do leite materno (PARIZOTTO; ZORZI, 2008). As mulheres que por opção ou por imposição trilharam o caminho do desmame precoce, têm à sua disposição

alternativas criadas pelo marketing dos fabricantes de leites modificados, em que a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se circunscrevem exclusivamente às questões ligadas à saúde, mas a interesses que visam lucros (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Embora o aleitamento materno denote grande importância e apresente uma enormidade de vantagens, existem situações como certas doenças na mulher-mãe, que exigem a necessidade de inibir ou suprimir a produção de leite materno, denominada de “prevenção da lactação”. Contudo, são raras as enfermidades maternas com contraindicação absoluta à amamentação: tuberculose ativa, hanseníase, portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV), herpes, vírus simples nas mamas, moléstias debilitantes graves, desnutrição materna, necessidade de ingestão de medicamentos nocivos à criança, como os antineoplásicos e radiofármacos, por tempo prolongado e níveis elevados de contaminantes maternos, como o mercúrio ou fungicida (ARAÚJO *et al.*, 2008). Acrescenta-se ainda como causa do desmame precoce, condições clínicas e de maturidade do RN, que inviabilizam a coordenação de sucção e deglutição do leite materno mamado ao peito, dificultando assim a manutenção da lactação.

Segundo Martins e Giugliani (2012), é possível que o homem-pai possa incentivar a amamentação no início, mas, por desconhecimento quanto à recomendação da duração do AM por dois anos ou mais e da importância do cumprimento dessa recomendação, passe a desestimular a mulher a manter o aleitamento materno depois de algum tempo. Sharma e Petosa (1997) fornecem uma lista de razões citadas pelos pais para desencorajarem a amamentação: não é bom para as mamas, interfere na relação entre o pai e a criança, interfere na relação do casal, incluindo as relações sexuais, causa sentimento de exclusão e ciúmes.

Dentre outros fatores, a falta de conhecimento do homem-pai acerca do aleitamento materno se dá pela ausência de orientações a esse homem durante o acompanhamento pré-natal, sendo esta ainda uma barreira para as dificuldades nos cuidados à criança e à puérpera. A pouca participação do homem durante o acompanhamento da gestação no pré-natal e nos programas para incentivo e apoio ao aleitamento materno, faz parte da realidade enfrentada nos dias atuais. Os homens-pai que não receberam as orientações necessárias, sentiram-se mais inseguros frente ao processo de amamentação e, conseqüentemente, excluídos desse período, ocorrendo um distanciamento, seguido de pouca participação no período de aleitamento e, por vezes, sentimento de abandono (JENERAL *et al.*, 2015).

Os homens-pai revelaram medo do aleitamento não estar suprimindo as necessidades nutricionais do filho. Diante das dificuldades apresentadas durante o período de amamentação, como o choro do bebê, é comum os pais acreditarem que o leite é fraco, não saciando a criança, ou que está sendo produzido em quantidade insuficiente, podendo então agir como colaboradores do processo de desmame (JENERAL *et al.*, 2015).

Conforme descrito anteriormente, existem vários problemas enfrentados pelas nutrizes para o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, que se não identificados e tratados, podem ser importantes motivos para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação ineficaz ou Amamentação interrompida. Os profissionais de Enfermagem têm um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades.

Segundo Vieira *et al.*, (2011), a atuação efetiva do enfermeiro na amamentação, com orientações precisas sobre o AM, posicionamento e pega correta, 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 profissional enfermeiro deve considerar como apoio, a família e o contexto que cerca esta puérpera. O atendimento a essa mulher deve respeitar todo o contexto que a envolve, sua cultura, suas experiências anteriores, seus anseios, seus reais desejos em amamentar ou não e seus conhecimentos e crenças acerca da amamentação (VIEIRA *et al.*, 2011).

Por fim, o enfermeiro assume papel importante no que diz respeito às práticas do aleitamento materno, o qual detém o conhecimento técnico e científico adequado para prestar uma assistência qualificada às mulheres, iniciando sua atuação no pré-natal, permeando o puerpério imediato no alojamento conjunto e se estendendo até o acompanhamento nas consultas de puericultura. Suas intervenções devem ter enfoque nos benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos para o binômio mãe-filho, cientificamente embasados.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo clínico do tipo caso-controle, observacional, ou seja, parte do efeito (diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida) para as suas causas e fornece informações descritivas sobre as características dos casos e uma estimativa da magnitude da associação de cada variável preditora relacionada à figura homem-pai na presença ou ausência do desfecho (HULLEY *et al.*, 2008).

Os estudos de caso-controle surgiram com as pesquisas epidemiológicas que buscavam identificar fatores de risco para doenças. Neste tipo de estudo, o investigador seleciona uma amostra de uma população de sujeitos com a condição clínica (casos) e uma amostra de uma população em risco que não tenha esta condição (controles). A partir da definição de um grupo com o desfecho (casos) e outro sem o desfecho (controle), medem-se e identificam-se diferenças nas variáveis preditoras (fatores relacionados) que possam explicar a ocorrência ou não do desfecho clínico (HULLEY *et al.*, 2008).

### 4.2. Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em Juazeiro do Norte, município situado no Sul do estado do Ceará na macrorregião do Cariri, distante 580 Km da capital Fortaleza, com população estimada em 263.704 habitantes e com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal de 0,697 (IBGE, 2012). O referido município teve 4.177 nascidos vivos em 2015 e uma média anual da taxa de aleitamento materno exclusivo de 72,5%, dentre as crianças de 0 a 3 meses e 29 dias (DATASUS, 2015a).

A cidade selecionada conta com acompanhamento do aleitamento materno através do programa de puericultura desenvolvido pela Estratégia Saúde da Família - ESF. O município de Juazeiro do Norte - CE conta com uma estrutura da Atenção Básica de 67 equipes de ESF, sendo 07 localizadas na zona rural e 60 na zona urbana. Por motivo de acessibilidade da equipe da pesquisa, os dados foram coletados nas Unidades Básicas de Saúde – UBS localizadas na zona urbana, que apresentaram em 2015 a média anual da taxa de aleitamento materno exclusivo abaixo de 72,5%, em crianças de 0 a 3 meses e 29 dias. De acordo com série histórica (APÊNDICE E), o município de Juazeiro do Norte –

CE possui 36 UBS localizadas na zona urbana, com taxa de aleitamento materno exclusivo abaixo da média anual (DATASUS, 2015b); desse total, o estudo foi realizado em 32 UBS, visto que 04 UBS foram excluídas por não disponibilizarem os dados necessários para a realização da pesquisa.

### 4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída pelos binômios mãe-filho e por homens-pai, que residiam na zona urbana da cidade de Juazeiro do Norte - CE e que possuíam cadastro domiciliar/familiar na Estratégia Saúde da Família do referido município. Dentre as famílias cadastradas, buscou-se os participantes do estudo por meio do cadastro da mulher-mãe no acompanhamento pré-natal e/ou de acompanhamento de puericultura. A amostra do estudo foi composta pelos binômios mãe-filho e por homens-pai que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão e aceitaram participar do estudo.

Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram os seguintes: ser pai e mãe de uma criança com idade maior ou igual a 30 dias e menor ou igual a seis meses, que estivessem vivenciando ou não o processo de aleitamento materno, ser homem-pai residente no mesmo domicílio que o binômio mãe-filho. Escolheu-se a idade maior ou igual a 30 dias por se acreditar que é um período necessário para o estabelecimento do aleitamento materno.

Foram determinados como critérios de exclusão: homem-pai e mulher-mãe, que possuíssem transtornos cognitivos ou psiquiátricos, de crianças prematuras que nasceram com idade menor que 37 semanas de gestação, de crianças com contraindicações para mamar ao peito; e mulheres-mãe que tinham contraindicações para amamentar.

Como referido, o **homem-pai** representa a figura masculina que gerou um ou mais filhos, e cuja a paternidade é expressada através da participação ativa do cuidado dos filhos, auxiliando a companheira, no que diz respeito a realização das tarefas domésticas, e ainda assumindo a figura de provedor da família no que se refere à esfera econômica. De semelhante modo, **mulher-mãe** constitui a figura de um ser que é capaz de gerar uma vida dentro de si, que tem o poder de alimentar o seu filho com o próprio leite, assumindo o papel de mãe, cuidadora dos filhos e do lar, esposa, e que muitas vezes trabalha fora de casa, a fim de contribuir financeiramente com o provimento das necessidades da família.

Para a seleção dos grupos caso e controle, foram considerados casos todos os homens-pai cujos os binômios mãe-filho desenvolveram o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. O grupo controle foi constituído por todos os homens-pai cujos os binômios mãe-filho mantiveram o processo de amamentação. Destaca-se que a classificação dos grupos caso e controle será explicada adiante, no item 4.7 Seleção dos grupos caso e controle.

Para estimar o tamanho amostral, utilizou-se como parâmetros (KELSEY *et al.*, 1996): um nível de confiança de 95%, um poder estatístico de 80%, uma proporção de 50% dos casos expostos aos fatores relacionados (valor adotado devido ao desconhecimento dessa proporção em estudos anteriores), uma diferença de proporção de exposição entre casos e controles de 20% e uma relação de um caso para cada controle. Assim, a amostra total foi estimada em 190 indivíduos, sendo 95 casos e 95 controles.

A técnica de amostragem utilizada para o recrutamento dos participantes do estudo foi do tipo naturalística. Os participantes do estudo foram amostrados consecutivamente, à medida que eram identificados pela pesquisadora, por meio do contato direto com o profissional enfermeiro e com os agentes comunitários de saúde, no momento da visita à cada Unidade Básica de Saúde. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a dezembro de 2017. Durante esse período, conseguiu-se identificar e incluir na amostra do estudo 220 trinômios mãe-pai-filho que atenderam os critérios do estudo, os quais estavam distribuídos nas 32 UBS, sendo em média de 6 trinômios por Unidade Básica de Saúde.

#### **4.4 Construção do protocolo e dos instrumentos de coleta dos dados**

Protocolo contendo definições conceituais e operacionais bem como instrumentos para a coleta de características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida e de fatores paternos foram construídos pela autora. Para a coleta de dados do diagnóstico de enfermagem, foi utilizado um instrumento que foi construído com base nas características definidoras do referido diagnóstico, elencadas nas versões 2012-2014 e 2015-2017 da NANDA-I, e na literatura que versa acerca do processo de aleitamento materno e dos principais determinantes sociais do desmame precoce (ARAUJO *et al.*, 2008; VIEIRA *et al.*, 2010; RIVEMALES; AZEVEDO; BASTOS, 2010; OLÍMPIO; KOCHINSKI; RAVAZZANI, 2010; ROIG *et al.*, 2010; HERNANDEZ; KÖHLER, 2011; DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012; ABREU;

FABBRO; WERNET, 2013; AMARAL *et al.*, 2015; MARANHÃO *et al.*, 2015; MARGOTTI; MATTIELLO, 2016; CAPUCHO *et al.*, 2017; ALVAREGA *et al.*, 2017).

Destaca-se, que a fim de atender à proposta do presente estudo e ser possível a avaliação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, optou-se por utilizar também a versão 2012 – 2014 da NANDA-I, uma vez que a versão 2015 – 2017 da NANDA-I traz somente uma característica definidora para o diagnóstico em estudo, que é a amamentação não exclusiva (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). Já a versão 2012 – 2014, para o referido diagnóstico, elenca as seguintes características definidoras: Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, desejo da mãe de manter o aleitamento para atender às necessidades nutricionais da criança, falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno, falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno, o lactente não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas e separação entre mãe e filho (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Vale ressaltar que, para cada uma dessas características definidoras, foram elaboradas perguntas, no instrumento de coleta de dados, que permitissem apreender todos os aspectos presentes, para classificar a característica definidora como presente ou ausente. No entanto, para a característica definidora Separação entre mãe e filho elaborou-se duas blocagens distintas de perguntas, uma para verificar se era oferecido leite materno ao bebê na ausência da mulher-mãe e, outra blocagem de perguntas, a fim de verificar se a mulher-mãe já tinha ficado separada do seu filho, qual o motivo e tempo dessa separação.

Para a análise e a classificação das características definidoras em presente ou ausente, foi utilizado um Procedimento Operacional Padrão (APÊNDICE A) construído pela autora. Com base nesse protocolo, foi elaborado o instrumento de coleta de dados das características definidoras do binômio mãe-filho do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida (APÊNDICE B). Segundo Barbosa *et al.*, (2011), os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) são instruções detalhadas descritas para alcançar uniformidade na execução de uma função específica. Nesse estudo, o POP foi utilizado para determinar as definições conceituais assumidas no estudo e uniformizar o método de avaliação e a análise das características definidoras relacionadas ao binômio mãe-filho, a fim de estabelecer o diagnóstico de enfermagem relacionado ao processo de Amamentação.

Para a avaliação dos fatores paternos que podem influenciar o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, foi construído o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C) a partir da busca na literatura específica, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), usando os descritores pai, comportamento paterno e aleitamento materno. Os estudos encontrados foram lidos e analisados para a extração das informações que embasaram a composição desse instrumento (SERAFIM; LINDSEY, 2002; BRITO; OLIVEIRA, 2006; PONTES; ALEXANDRINO; OSÓRIO, 2008; PIAZZALUGA; LAMOUNIER, 2009; PAULA, SARTORI; MARTINS, 2010; PIAZZALUGA; LAMOUNIER, 2011; SILVA *et al.*, 2012; SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012; JENERAL, *et al.*, 2015; FERRAZ *et al.*, 2016; SILVEIRA; BARBOSA; VIEIRA, 2016; RÊGO *et al.*, 2016).

Os instrumentos de coleta de dados e o procedimento operacional padrão, para avaliação das características definidoras, foram discutidos em uma reunião, com duração de 4 horas, com os membros do NEDIRE (Núcleo de Estudo em Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem), que é composto por três grupos de pesquisa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, a saber: Projeto Ações Integradas na Saúde Cardiovascular - PAISC, Grupo de Estudo em Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem - GEDIRE e Cuidado de Enfermagem na Saúde da Criança -CUIDENSC; sendo composto por docentes doutores, discentes da pós-graduação (nível mestrado e doutorado), da graduação em enfermagem, além dos enfermeiros que compõem a equipe técnica.

A referida reunião foi realizada com a finalidade de avaliar nos instrumentos de coleta de dados, critérios como relevância, clareza e objetividade. No procedimento operacional padrão, os critérios avaliados foram linguagem e amplitude das definições conceituais e métodos de avaliação. Pode-se afirmar que 100% dos itens dos instrumentos de coleta de dados e do protocolo foram considerados relevantes, já que não foi solicitada nenhuma exclusão. Quanto a clareza e objetividade, 60% dos itens sofreram modificações textual e 40% foram realocados. No procedimento operacional padrão, 57% das definições conceituais e 85% dos métodos de avaliação, sofreram alteração no tocante à linguagem e amplitude. A seguir encontra-se o detalhamento das principais mudanças solicitadas.



As principais mudanças sugeridas pelos membros do NEDIRE no instrumento de coleta de dados das características definidoras do diagnóstico de Amamentação interrompida foram: exclusão de palavras e/ou verbos que pudessem induzir as respostas da mulher-mãe; ordenação das perguntas, a fim de que ficassem em uma sequência lógica quanto ao processo da mulher-mãe de engravidar, parir e amamentar o seu último filho; a forma de verificar, em anos, a escolaridade materna; adequação dos questionamentos quanto ao desejo de manter e a satisfação com o aleitamento materno; a elaboração de perguntas que aprofundassem a investigação da característica definidora Separação entre mãe e filho; correções textuais quanto a forma de verificar a característica definidora Sinais insuficientes de liberação de ocitocina; a inserção das etapas da realização da ordenha no contexto de verificação da característica definidora Falta de conhecimento com relação à expressão do leite materno; e, no contexto da investigação da característica definidora Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno, houve a inclusão de perguntas relacionadas ao recipiente, local de armazenamento e tempo de conservação do leite materno na geladeira e no freezer.

Quanto ao instrumento de coleta de dados dos fatores paternos relacionados ao diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, as principais mudanças sugeridas pelos membros do NEDIRE foram: exclusão de palavras e/ou verbos que pudessem induzir as respostas do homem-pai; a ordenação das perguntas, a fim de que ficassem em uma sequência lógica; a forma de verificar, em anos, a escolaridade paterna; a investigação referente ao número de consultas de pré-natal que o homem-pai acompanhou junto a sua esposa; a inserção de perguntas quanto ao conhecimento de quanto tempo deveria durar o aleitamento materno e o aleitamento materno exclusivo; e, reformulação quanto a forma de inquirir quais os sentimentos do homem-pai no momento em que o bebê estava mamando.

No contexto da avaliação do protocolo para inferência, pela pesquisadora, das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, os membros do NEDIRE sugeriram ajustes principalmente nas definições conceituais das seguintes características definidoras: Desejo da mãe de manter o aleitamento materno para atender às necessidades nutricionais da criança, Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno, O lactente não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas e Separação entre mãe e filho. Já no método de avaliação, a única característica definidora que não sofreu ajuste foi a Separação entre mãe e filho.

#### **4.5 Procedimento de coleta dos dados**

A coleta de dados aconteceu no período de junho a dezembro de 2017, em três momentos. Antes do seu início, a pesquisadora realizou uma visita a cada Equipe selecionada, a fim de explicar a importância, os objetivos e os procedimentos metodológicos do estudo, identificar os possíveis participantes, bem como estabelecer parceria com os profissionais das UBS.

No primeiro momento, a pesquisadora principal, realizou um levantamento junto aos enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), das UBS do referido município, com o objetivo de identificar os possíveis participantes do estudo, por meio do cadastro das mulheres, mães dos nascidos vivos que estavam com idade maior ou igual a 30 dias e menor ou igual a seis meses e seus respectivos endereços.

No segundo momento, os pesquisadores, com a colaboração dos ACS, localizaram a residência de cada trinômio mãe-filho-pai e os visitaram, a fim de avaliar o binômio mãe-filho, bem como entrevistar a mulher-mãe, para a identificação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, além de entrevistar o homem-pai, caso ele estivesse presente e disponível. Quando o homem-pai estava ausente, era solicitado contato telefônico para agendamento da entrevista, sendo assim, necessário o terceiro momento, em que era realizada a entrevista com o homem-pai, no dia, horário e local previamente agendados.

Ressalta-se que as entrevistas aconteceram separadamente com a mulher-mãe e com o homem-pai, com a finalidade de manter a privacidade dos participantes da pesquisa e não ocorrer interferência nas respostas. Quando necessário, buscaram-se dados referentes à criança no prontuário da família, na Unidade Básica de Saúde ou no cartão espelho do ACS.

Para a coleta de dados das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, foi utilizado um instrumento composto por quatro grupos de variáveis. O primeiro grupo abordou as variáveis socioeconômicas, as quais foram utilizadas para caracterização da população estudada de mulheres-mãe, o segundo contemplou as variáveis relacionadas ao último filho, o terceiro grupo foi destinado às variáveis obstétricas e relacionadas ao aleitamento materno e, o quarto grupo proporcionou o levantamento das variáveis relacionadas ao trinômio durante o processo de aleitamento materno. Destaca-se que os três últimos grupos de variáveis

contemplaram as perguntas para investigação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

O instrumento de coleta de dados dos fatores paternos que poderiam estar relacionados ao diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, foi composto por duas partes. A primeira parte proporcionou o levantamento das variáveis socioeconômicas dos homens-pai e a segunda foi destinada à coleta das variáveis relacionadas ao aleitamento materno.

A coleta de dados foi realizada pela autora do estudo, que é enfermeira mestre em Enfermagem e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, com experiência no desenvolvimento de estudos na área de aleitamento materno e de Enfermagem em Saúde da Criança e por cinco acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri.

#### **4.6 Capacitação da equipe envolvida na coleta dos dados**

Todos os acadêmicos participantes da coleta de dados foram devidamente treinados, para familiarização com os instrumentos de coleta de dados e padronização da abordagem utilizada com o binômio mãe-filho e com o homem-pai. O treinamento também teve como finalidade o esclarecimento de dúvidas e questões singulares, no intuito de evitar vieses de coleta. Para isto, foi realizada uma oficina presencial, com duração de oito horas, dividida em dois momentos de quatro horas.

No primeiro momento foram revisadas e discutidas, minuciosamente, as definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos do diagnóstico em estudo e, ao final, a autora do estudo entregou dois instrumentos de coleta de dados a cada discente, a fim de que eles realizassem a aplicação desses instrumentos em casais residentes na zona urbana de qualquer município, seguindo os critérios de inclusão e exclusão do estudo, com o objetivo de verificar a operacionalidade dos instrumentos de coleta de dados. No segundo momento, os discentes trouxeram os instrumentos de coleta de dados devidamente preenchidos e puderam colocar todas as dúvidas, as quais foram esclarecidas com as orientações da autora do estudo. Realizaram ainda sugestões para a adequação em alguns questionamentos nos instrumentos de coleta de dados. A principal alteração realizada nos dois instrumentos foi a substituição de palavras, termos técnicos e/ou verbos para que alguns questionamentos apresentassem uma linguagem mais clara e acessível.

As principais mudanças sugeridas pelos acadêmicos, no instrumento de coleta de dados das características definidoras do diagnóstico de Amamentação interrompida foram: a inclusão das opções de respostas “solteira”, “casada”, “união estável” ou “outro” para o questionamento estado civil; a inclusão do número de dias nos questionamentos referentes à idade atual da criança e no tempo de aleitamento materno exclusivo do último filho; a inclusão da alternativa “ainda não se ausentou” como opção de resposta do questionamento referente ao oferecimento de leite materno à criança, no caso de ausência da mulher-mãe; a inclusão da alternativa “oferece o peito novamente” como opção de resposta do questionamento: O que faz seu bebê parar de chorar depois de uma mamada? No questionamento referente à liberação de ocitocina, a pergunta “seu leite nunca vaza?” foi substituída por “seu leite vaza?”; acrescentou-se “ainda não pulou nenhuma mamada” como opção de resposta do questionamento referente à situação de a mulher-mãe pular uma mamada; e, no questionamento se a mulher-mãe conseguiria retirar leite para deixar para o bebê caso ela precisassem sair de casa, foi acrescentada a opção de resposta “não tenta tirar leite”. No questionamento que tinha como objetivo apreender o conhecimento da mulher-mãe sobre a realização da auto-ordenha, acrescentou-se “você faz ordenha manual ou usa bomba tira-leite”, como opções de resposta.

Quanto ao instrumento de coleta de dados dos fatores paternos relacionados ao diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, as principais mudanças sugeridas pelos acadêmicos foram: a inclusão das opções de respostas “solteiro”, “casado”, “união estável” ou “outro” para o questionamento estado civil; e, acrescentou-se a opção “não sabe” como opção de resposta ao questionamento se o homem-pai incentivava o oferecimento de leite materno ao filho, na ausência de sua esposa.

Após esse momento, foram realizadas revisões e alterações nos instrumentos de coleta de dados originais. Ademais, durante a oficina foram discutidos alguns artigos que tratam dos determinantes sociais do desmame precoce, bem como do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, de modo a ampliar o embasamento teórico acerca do objeto de estudo.

#### **4.7 Seleção dos grupos caso e controle**

Os dados coletados pela aplicação do instrumento que contém as características definidoras, foram organizados em planilhas do *software Excel*<sup>®</sup> versão 2013, para determinação do grupo caso e do grupo controle. A presença ou a ausência das

características definidoras foi determinada pela pesquisadora com base em protocolo contendo definições conceituais e operacionais de cada característica definidora do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, das versões 2012 – 2014 e 2015 – 2017 da NANDA-I.

Atualmente, uma das limitações nos estudos sobre análise dos indicadores clínicos de diagnósticos de enfermagem consiste na falta de um padrão ouro. Desta forma, tem-se buscado estratégias para identificar corretamente indivíduos com a presença ou a ausência de um diagnóstico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Assim, uma técnica que vem sendo utilizada em estudos desta natureza consiste na análise estatística de classes latentes. No presente estudo, a determinação do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida ocorreu por meio de análises estatísticas de modelo de classes latentes para encontrar um modelo ajustado de características definidoras. Probabilidades posteriores baseadas no modelo de classe latente ajustado de características definidoras foram utilizadas para classificação dos grupos casos e controles. Assim diante de valor de probabilidade posterior  $> 0,5$ , todo homem-pai cujo o binômios mãe-filho desenvolveu o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida foi classificado como caso.

#### **4.8 Análise dos dados**

Os dados coletados foram organizados e tabulados por meio do *software Excel*<sup>®</sup> versão 2013 e apresentados em tabelas. Para o processamento e análises estatísticas dos dados foi utilizado o *software IBM SPSS* versão 21.0 *for Windows*<sup>®</sup> e o pacote estatístico R, versão 3.2.

A análise descritiva incluiu valores absolutos e percentuais com respectivos intervalos de confiança de 95% para variáveis nominais e a apresentação de medidas de tendência central (média aritmética e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartilico) para variáveis quantitativas. Para análise bivariada, foi aplicado o teste de Qui-quadrado para comparação de proporções ao se analisar a relação de variáveis nominais com a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Para verificação de diferença de média, foi aplicado o teste t de Student após a verificação de aderência à distribuição normal com o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors. No caso de não aderência à distribuição normal, foi aplicado o teste de Mann-Whitney.

Para a determinação do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida nos binômios mãe-filho e para verificar as medidas de sensibilidade e especificidade das características definidoras mais prevalentes, foi utilizado o modelo de classe latente ajustado com efeitos randômicos. Probabilidades posteriores baseadas no modelo de classe latente ajustado foram utilizadas para constatar a associação das características definidoras e o diagnóstico em estudo.

Para avaliar os fatores paternos relacionados ao diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, foram apresentadas as *Odds Ratios* ajustadas para cada variável com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Foi adotado um nível de significância de 5%. Utilizou-se o Teste exato de Fisher para verificar a associação entre os fatores paternos e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

#### **4.9 Aspectos éticos e administrativos**

O projeto do estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (CEP – URCA), em cumprimento às recomendações da Resolução nº 466/12, referente às pesquisas desenvolvidas com seres humanos (BRASIL, 2013), recebendo parecer favorável sob o nº 2.081.313 (ANEXO A). Foi solicitada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte - CE, a autorização para realização da pesquisa e encaminhadas cópias do projeto e do parecer do CEP. A coleta de dados ocorreu mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelas mulheres-mãe e pelos homens-pai (APÊNDICE D).

## 5 RESULTADOS

O estudo fundamentou-se na investigação das características definidoras e nos fatores paternos influenciadores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Inicialmente, serão apresentados os dados descritivos da amostra estudada: características socioeconômicas maternas, características clínicas e demográficas do último filho, variáveis obstétricas relacionadas ao nascimento, características socioeconômicas paternas, fatores paternos influenciadores do aleitamento materno, prevalência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem, e, posteriormente, as análises obtidas no estudo dos fatores paternos que contribuem para a presença do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

**Tabela 1:** Características socioeconômicas maternas (n = 220). Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Variável	N	%
<b>1. Com quem reside</b>		
Esposo e filho (s)	175	79,5
Esposo e filho (s) casa de sua mãe	21	9,5
Esposo e filho (s) casa da sogra	15	6,8
Outros familiares	09	4,2
<b>2. Estado Civil</b>		
Casada	127	13,2
União estável	63	57,7
Solteira	29	28,6
Outro	01	0,5
<b>3. Escolaridade</b>		
De 1 a 3 anos de estudo	06	2,7
De 4 a 7 anos de estudo	54	24,5
De 8 a 10 anos de estudo	88	40,0
De 11 a 14 anos de estudo	58	26,4
15 anos ou mais de estudo	14	6,4
<b>4. Possui trabalho remunerado</b>	71	32,3

  

Variável	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
5. Idade	26,71	6,30	26,0	9,0	<0,001
6. Renda familiar	1574,32	1300,47	1193,50	937,00	<0,001
7. N° de membros da família	4,23	1,51	4,0	2,0	<0,001

\* Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors; DP – desvio padrão; IIQ – intervalo interquartilico. Valor do salário mínimo em 2017 era de R\$ 937,00 reais.

De acordo com os dados apresentados na tabela 1, a maioria das mulheres-mãe residia com o esposo e filhos (79,5%), no entanto, 20,5% da amostra residia com familiares. Com relação ao estado civil, 57,7% das mulheres-mãe eram casadas. Quanto à escolaridade, 60 (27,2%) mulheres-mãe possuíam até 7 anos de estudo e 88 (40%) delas tinham de 8 a 10 anos de estudo; 32,3% do total (n = 220) possuía trabalho remunerado.

Com relação à idade, foi possível observar que as mulheres-mãe tinham entre 14 e 42 anos, com mediana de 26 anos (IIQ  $\pm$  9,0). A mediana da renda familiar foi de R\$ 1.193,50 reais (IIQ  $\pm$  937,00). A mediana para a variável número de membros da família foi de 4 pessoas (IIQ  $\pm$  2,0).

**Tabela 2:** Características clínicas e demográficas do último filho (n = 220). Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Variável	N	%
1. Sexo (Masculino)	111	50,5
2. Mamou na 1ª hora	176	80,0
3. Oferece à criança:		
Leite materno	213	96,8
Água	70	31,8
Chá	25	11,4
Outro tipo de alimento	85	38,6
4. Uso de chupeta	129	58,6

  

Variável	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
5. Idade (dias)	97,90	46,19	92,5	79,0	0,001
6. Peso ao nascer (g)	3175,07	461,39	3150,0	636,0	0,200
7. Peso atual (g)	5903,27	1445,71	5815,0	2188,0	0,044
8. Estatura ao nascer (cm)	48,47	1,57	49,0	2,0	<0,001
9. Estatura atual (cm)	56,13	4,17	56,0	5,0	<0,001

\* Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção Lilliefors; DP – desvio padrão; IIQ – intervalo interquartil.

Na tabela 2, foram apresentadas as características clínicas e demográficas referentes ao último filho. Observa-se que 111 (50,5%) crianças eram do sexo masculino, e 80% mamou na primeira hora de vida. Quanto ao tipo de alimento nos primeiros seis meses de vida, 213 (96,8%) crianças se alimentavam de leite materno, 180 (81,8%) crianças tiveram a introdução de água, chá ou outro tipo de alimento, como leite artificial, mingau, sucos e sopinhas de legumes, em sua alimentação diária. A maioria das crianças



(58,6%) fazia uso da chupeta. A mediana para a variável idade foi de 92,5 dias (IIQ  $\pm$  79,0), as crianças nasceram com 3.175 gramas (IIQ  $\pm$  636,0) e o peso atual apresentou uma mediana de 5.815gramas (IIQ  $\pm$  2188,0). Com relação à estatura, as crianças apresentaram uma mediana de 49 cm (IIQ  $\pm$  2,0) ao nascer e de 56 cm (IIQ  $\pm$  5,0) no momento da realização do estudo, que correspondia à estatura atual.

**Tabela 3:** Variáveis obstétricas e relacionadas ao nascimento e aleitamento materno do último filho (n = 220). Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Variável	N			%	
1. A mulher-mãe oferece:					
Mamadas noturnas	208				94,5
Outro alimento durante a madrugada	24				10,9
2. Conhece as vantagens do AM	196				89,1
3. Recebe apoio do cônjuge	209				95,0
4. Recebe apoio familiar	203				92,3
5. Aleitamento provocou mudanças na vida	129				58,6
6. Aleitamento provocou mudanças entre parceiros	77				35,0
7. Casal retornou à atividade sexual	168				76,4
Variável	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
8. Nº de gestações	1,94	1,09	2,0	2,0	<0,001
9. Nº de abortos	0,23	0,53	0,0	0,0	<0,001
10. Nº de filhos vivos	1,70	0,86	2,0	1,0	<0,001
11. Idade materna ao nascimento do 1º filho	23,05	5,68	23,0	9,0	<0,001
12. Quantidade de parto normal	0,93	1,01	1,0	2,0	<0,001
13. Quantidade de parto cesáreo	0,78	0,86	1,0	1,0	<0,001
14. Quantidade de filhos que amamentou até 6m	0,49	0,78	0,0	1,0	<0,001
15. Frequência diária das mamadas	10,93	4,41	10,0	7,0	<0,001

AM – Aleitamento Materno; \* Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, DP – desvio padrão; IIQ – intervalo interquartilico.

Com relação às variáveis obstétricas e relacionadas ao nascimento do último filho, que estão dispostas na tabela 3, 208 (94,5%) mulheres-mãe ofereciam mamadas noturnas ao filho, 196 (89,1%) conheciam as vantagens do aleitamento materno, 209 (95%) recebiam apoio do cônjuge para amamentar e 203 (92,3%) delas recebiam apoio familiar para amamentar. A maioria das mulheres-mãe (58,6%) alegou que o aleitamento materno provocou mudanças na vida e 77 (35%) afirmaram que o aleitamento materno provocou mudanças entre ela e seu companheiro. Dentre os 220 casais, 168 (76,4%) mulheres-mãe afirmaram que tinham retornado à atividade sexual.

A mediana para as variáveis número de gestação, número de abortos e número de filhos vivos foi 2,0, 0,0 e 2,0, respectivamente. Em mediana, a idade materna ao nascimento do primeiro filho foi de 23 anos; quanto ao tipo de parto das mulheres-mãe, obteve-se uma mediana de um parto normal e um parto cesáreo. As mulheres-mãe não conseguiram amamentar seus filhos até o sexto mês de vida (mediana = 0,00) e tiveram uma mediana de 10 mamadas diárias, com relação ao oferecimento do peito ao último filho.

**Tabela 4:** Variáveis socioeconômicas paternas (n = 220). Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Variável	N			%
<b>1. Estado civil</b>				
Solteiro	32			14,5
Casado	129			58,6
União estável	59			26,9
<b>2. Escolaridade</b>				
Sem instrução	02			1,0
De 1 a 3 anos de estudo	08			3,6
De 4 a 7 anos de estudo	46			20,9
De 8 a 10 anos de estudo	85			38,6
De 11 a 14 anos de estudo	69			31,4
15 anos ou mais de estudo	10			4,5
<b>3. Trabalho remunerado</b>				
	201			91,4
<b>4. Atividade voluntária</b>				
	12			5,5

  

Variável	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
5. Idade	29,36	7,05	29,00	8,00	<0,001
6. Renda	1195,90	790,56	937,00	263,00	<0,001
7. Renda familiar	1653,81	1338,40	1200,00	1000,00	<0,001
8. N° de membros da família	4,20	1,52	4,00	2,00	<0,001

\* Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, DP – desvio padrão; IIQ – intervalo interquartil. Valor do salário mínimo em 2017 era de R\$ 937,00 reais.

De acordo com os dados apresentados na tabela 4, 129 (58,6%) homens-pai eram casados. Quanto à escolaridade, 56 (25,5%) homens-pai possuíam até 7 anos de estudo e 85 (38,6%) deles tinham de 8 a 10 anos de estudo; 201 (91,4%) possuíam trabalho remunerado; e, 12 (5,5%) exerciam alguma atividade voluntária.

Com relação à idade, foi possível observar que os homens-pai tinham entre 14 e 42 anos, com mediana de 29 anos (IIQ  $\pm$  8,00). A mediana da renda desses homens foi de R\$ 937,00 reais (IIQ  $\pm$  263,00) e a mediana da renda familiar foi de R\$ 1.200,00 reais (IIQ  $\pm$  1.000,00). A mediana para a variável número de membros da família foi de 4 pessoas (IIQ  $\pm$  2,00).

**Tabela 5:** Fatores paternos relacionados ao aleitamento materno (n = 220). Juazeiro do Norte – CE, 2018.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>			
1. Recebeu informação sobre aleitamento materno	72	32,7			
2. Conhece as vantagens do aleitamento materno	140	63,6			
3. Experiência anterior com amamentação	98	44,5			
4. Acompanhou consulta de pré-natal	113	51,4			
5. Recebeu orientação profissional	40	18,2			
Enfermeiro	27	12,3			
Médico	18	8,2			
6. Conhece o tempo de amamentação	165	75,0			
7. Conhece o tempo de amamentação exclusiva	138	62,7			
8. Conhece o tempo de amamentação do último filho	204	92,7			
9. Acredita que leite materno é suficiente para as necessidades do bebê	129	58,6			
10. Acredita que o bebê precisa de água, chá ou leite artificial	100	45,5			
11. Acredita que o bebê chora com fome mesmo mamando	98	44,5			
12. Incentiva o oferecimento de:					
Leite materno	206	93,6			
Água	47	21,4			
Chá	20	9,1			
Leite artificial	91	41,4			
Outros alimentos	15	6,8			
13. Incentiva o oferecimento de leite materno na ausência da esposa					
Sim	94	42,7			
Não	32	14,6			
Não sabe	94	42,7			
14. Forma mais adequada de oferecer leite / alimentos complementares					
Mamadeira	184	83,6			
Colher	15	6,8			
Copo	05	2,3			
Outro (própria mama)	16	7,3			
15. Satisfeito por sua esposa ter amamentado	215	97,7			
16. Sentimentos quando o bebê estava mamando					
Sentia alegria	184	83,6			
Se sentia excluído	11	5,0			
Sentia ciúmes	01	0,5			
Era indiferente	18	8,2			
Outro	06	2,7			
17. Acredita que amamentação o distanciou da esposa	31	14,1			
18. Auxilia a esposa nas tarefas domésticas	153	69,5			
19. Auxilia a esposa no cuidado dos filhos	154	70,0			
20. Acredita que o aleitamento provocou mudanças em sua vida	73	33,2			
21. Acredita que o aleitamento provocou mudanças entre o casal	79	35,9			
22. Acredita que o aleitamento provocou mudanças no relacionamento sexual	65	29,5			
23. Retornou à atividade sexual com a esposa	168	76,4			
<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>IIQ</b>	<b>Valor p*</b>
24. Nº de consultas que acompanhou	2,30	2,8	1,00	4,0	<0,001
25. Duração da amamentação (meses)	11,36	8,4	6,00	8,0	<0,001
26. Duração da amamentação exclusiva	6,42	2,1	6,00	0,0	<0,001
27. Quantos dias o filho foi amamentado	94,55	46,7	87,00	80,0	<0,001

\* Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, DP – desvio padrão; IIQ – intervalo interquartilico.

A tabela 5, descreve os fatores paternos relacionados ao aleitamento materno do último filho do casal e, de acordo com os dados apresentados, 72 (32,7%) dos homens-pai receberam informação sobre o aleitamento materno, 140 (63,6%) conheciam alguma vantagem do aleitamento materno e, 98 (44,5%) possuíam experiência anterior com amamentação. Quanto ao acompanhamento da esposa nas consultas de pré-natal, 113 (51,4%) homens-pai acompanharam suas esposas nessas consultas, com mediana de uma consulta (IIQ  $\pm$  4); dentre esses homens, 40 (18,2%) receberam orientação de um profissional de saúde, sobre o aleitamento materno, sendo que 27 (12,3%) homens-pai foram orientados pelo profissional enfermeiro e 18 (8,2%) pelo médico, ressaltando que cinco homens-pais receberam orientação das duas categorias profissionais.

Com relação ao tempo de duração do aleitamento materno, 165 (75%) homens-pai afirmaram conhecer o tempo total que deve durar a amamentação e 138 (62,7%) afirmaram conhecer o tempo que deve durar a amamentação exclusiva. Duzentos e quatro (92,7%) homens-pai afirmaram saber por quantos dias o último filho estava mamando ou tinha sido amamentado.

Para 129 (58,6%) homens-pai, o leite materno é suficiente para atender as necessidades do bebê, entretanto, 100 (45,5%) homens-pai acreditam que o bebê precisa de água, chá e leite artificial, além do leite materno e 98 (44,5%) homens-pai afirmaram acreditar que mesmo mamando, o bebê chora com fome. Com relação aos alimentos que foram oferecidos aos bebês, durante os seis primeiros meses de vida, 206 (93,6%) homens-pai incentivavam o oferecimento de leite materno, enquanto que, 173 dos 220 homens-pai, afirmaram incentivar o oferecimento de água, chá, leite artificial e outros alimentos, como mingau, suco de frutas e sopa de legumes. No que diz respeito à ausência da esposa, 94 (42,7%) homens-pai afirmaram incentivar o oferecimento de leite materno ao bebê, no entanto, essa mesma quantidade de homens-pai afirmou não saber que alimento era oferecido ao filho durante a ausência da mulher-mãe e 32 (14,5%) homens-pai afirmaram não incentivar o oferecimento de leite materno na ausência da esposa. A maioria dos homens-pai (83,6%) apontou a mamadeira como forma mais adequada de oferecer leite e alimentos complementares ao bebê, enquanto que 15 (6,8%) homens-pai apontaram a colher e, 5 (2,3%) apontaram o copo como a forma mais adequada. Ressalta-se que 16 (7,3%) homens-pais apontaram a própria mama como forma mais adequada de oferecer leite aos seus filhos menores de seis meses de vida, demonstrando, nesta resposta, apoio ao aleitamento materno exclusivo.

Com relação à satisfação com processo de aleitamento materno, a maioria dos homens-pai (97,7%) afirmou estar satisfeito por sua esposa ter ou estar amamentando e 83,6% afirmou sentir alegria quando presenciava o bebê mamando, 18 (8,2%) afirmaram ser indiferentes e 11 (5%) dos homens-pai se sentiram excluídos do processo de aleitamento materno. Na percepção de 31 (14,1%) homens-pai, o processo de amamentação provocou um distanciamento entre ele e a esposa.

A maioria dos homens-pai (69,5%) afirmou ajudar a esposa na realização das tarefas domésticas com o objetivo de auxiliá-la no processo de amamentação do bebê e, 70% dos homens-pai afirmou que cuidava do bebê e dos outros filhos para que a esposa pudesse descansar. Observou-se que 73 (33,2%) homens-pai acreditam que o processo de aleitamento materno provocou mudanças em suas vidas, 79 (35,9%) acreditam que o processo de aleitamento materno provocou mudanças entre o casal e, 65 (29,5%) homens-pai afirmou ter ocorrido mudanças no relacionamento sexual. Dentre os 220 casais, 168 homens-pai (76,4%) afirmaram que tinham retornado à atividade sexual.

Em mediana, os homens-pai estiveram presentes em uma consulta do acompanhamento pré-natal da gestação do seu último filho (IIQ  $\pm$  4,0), a mediana para o conhecimento dos homens-pai quanto ao tempo total de duração da amamentação foi de 6 meses (IIQ  $\pm$  8,0) e para o tempo total de duração da amamentação exclusiva foi de 6 meses (IIQ  $\pm$  0,0). Quanto ao conhecimento dos homens-pai com relação ao número de dias que seu último filho foi amamentado, a mediana para essa variável foi de 87 dias (IIQ  $\pm$  80,0).

As tabelas 6 e 7 descrevem a prevalência e as medidas de sensibilidade e especificidade das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, bem como a prevalência do diagnóstico em estudo.

**Tabela 6:** Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida identificadas na amostra. Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Características Definidoras (CD)	N	%
CD Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho	204	92,7
CD Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança	203	92,3
CD Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno	195	88,6
CD Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno	192	87,3

CD Amamentação não exclusiva	101	45,9
CD Separação entre mãe e filho*	35	15,9
CD Separação entre mãe e filho**	33	15,0

\* CD Separação entre mãe e filho (relacionada às perguntas quanto ao oferecimento de leite materno ao bebê na ausência da mulher-mãe)

\*\* CD Separação entre mãe e filho (relacionada às perguntas a fim de verificar se a mulher-mãe já tinha ficado separada do seu filho, qual o motivo e tempo dessa separação)

As características definidoras do diagnóstico Amamentação interrompida, referentes a NANDA-I versão 2012 – 2014, manifestadas com maior prevalência foram: desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho relatado por 204 (92,7%) mulheres-mãe, desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança relatado por 203 (92,3%) mulheres-mãe, falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno demonstrado por 195 (88,6%) mulheres-mãe e falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno demonstrado por 192 (87,3%) mulheres-mãe.

O indicador clínico separação entre mãe e filho, relacionado às perguntas quanto ao oferecimento de leite materno ao bebê na ausência da mulher-mãe, apresentou prevalência de 15,9%, relatado por 35 mulheres-mãe; e, o indicador clínico separação entre mãe e filho, relacionado às perguntas a fim de verificar se a mulher-mãe já tinha ficado separada do seu filho, qual o motivo e tempo dessa separação, apresentou uma prevalência 15%, relatado por 33 mulheres-mãe. Destaca-se que os principais motivos da separação entre mãe e filho, apontados pelas mulheres-mãe foram sair de casa para resolver assuntos pessoais e retorno ao trabalho.

A característica definidora da NANDA-I versão 2015 – 2017, amamentação não exclusiva, foi relatada por 101 (45,9%) mulheres-mãe. Vale ressaltar que a versão atual da NANDA-I, traz essa única característica definidora. Se a inferência diagnóstica tivesse como base este único indicador clínico, podia-se afirmar que houve uma prevalência de 45,9% do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

**Tabela 7:** Medidas de acurácia diagnóstica das características definidoras de Amamentação interrompida baseada no modelo de classe latente ajustado com efeitos randômicos. Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Características definidoras	Se	IC95%		Sp	IC95%	
CD Separação entre mãe e filho*	0,7046	0,0585	0,9753	0,9999	0,9949	1,0000
CD Amamentação não exclusiva	0,9696	0,0041	0,9985	0,6897	0,5845	0,7753
CD Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho	0,7990	0,6146	0,9022	0,0353	0,0049	0,3102
CD Separação entre mãe e filho**	0,3626	0,2269	0,5253	0,9120	0,8375	0,9519
CD Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança	0,7811	0,5631	0,8958	0,0360	0,0065	0,2347
CD Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno	0,7935	0,5960	0,8981	0,1042	0,0614	0,1746
Prevalência: 22,6%	G <sup>2</sup> : 44,0		Gl: 50		p = 0,711	

Se = Sensibilidade; Sp = Especificidade; IC = Intervalo de Confiança

\* CD Separação entre mãe e filho (relacionada às perguntas quanto ao oferecimento de leite materno ao bebê na ausência da mulher-mãe)

\*\* CD Separação entre mãe e filho (relacionada às perguntas a fim de verificar se a mulher-mãe já tinha ficado separada do seu filho, qual o motivo e tempo dessa separação)

A partir do modelo de classe latente, 22,6% das mulheres-mãe avaliadas manifestaram o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. As características definidoras: Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança, e Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno, apresentaram valores elevados de Sensibilidade (0,7990; 0,7811; 0,7935, respectivamente). Assim pode-se inferir que na presença destes indicadores, os binômios constituídos pelas mulheres-mãe e seus filhos com idade menor ou igual a seis meses de vida, têm maiores chances de manifestar o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

Ainda no contexto das medidas de acurácia diagnóstica, as características definidoras: Separação entre mãe e filho, testada duas vezes por agrupamento distintos de

perguntas à mulher-mãe, apresentou valores de Especificidade 0,9999 e 0,9120, e Amamentação não exclusiva apresentou valor de Especificidade 0,6897. Assim pode-se inferir que essas duas características definidoras possuem uma boa especificidade para descartar a presença do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

**Tabela 8:** Probabilidades posteriores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida para cada combinação de características definidoras identificadas pela análise de classe latente. Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Conj.	Características definidoras						N	AI*	
	CD1	CD2	CD3	CD4	CD5	CD6		Pres.	Aus.
01	0	0	0	0	1	1	04	0,01	0,99
02	0	0	1	0	0	0	02	0,04	0,96
03	0	0	1	0	0	1	03	0,02	0,98
04	0	0	1	0	1	0	10	0,00	1,00
05	0	0	1	0	1	1	87	0,00	1,00
06	0	0	1	1	1	0	03	0,02	0,98
07	0	0	1	1	1	1	09	0,01	0,99
08	0	1	0	0	0	1	03	0,91	0,09
09	0	1	0	0	1	0	01	0,74	0,26
10	0	1	0	0	1	1	03	0,50	0,50
11	0	1	0	1	0	1	01	0,98	0,02
12	0	1	1	0	0	1	02	0,52	0,48
13	0	1	1	0	1	0	03	0,24	0,76
14	0	1	1	0	1	1	49	0,09	0,91
15	0	1	1	1	1	0	01	0,60	0,40
16	0	1	1	1	1	1	04	0,33	0,67
17	1	0	1	1	1	1	01	1,00	0,00
18	1	1	0	0	1	0	01	1,00	0,00
19	1	1	0	0	1	1	01	1,00	0,00
20	1	1	0	1	0	1	01	1,00	0,00
21	1	1	0	1	1	0	01	1,00	0,00
22	1	1	1	0	0	0	01	1,00	0,00
23	1	1	1	0	0	1	03	1,00	0,00
24	1	1	1	0	1	0	01	1,00	0,00
25	1	1	1	0	1	1	13	1,00	0,00
26	1	1	1	1	0	1	01	1,00	0,00
27	1	1	1	1	1	0	04	1,00	0,00
28	1	1	1	1	1	1	07	1,00	0,00

\* AI: Amamentação Interrompida

CD1: Separação entre mãe e filho (relacionada às perguntas quanto ao oferecimento de leite materno ao bebê na ausência da mulher-mãe)



CD2: Amamentação não exclusiva

CD3: Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho

CD4: Separação entre mãe e filho (relacionada às perguntas a fim de verificar se a mulher-mãe já tinha ficado separada do seu filho, qual o motivo e tempo dessa separação)

CD5: Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança

CD6: Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno

Baseado no modelo de classe latente, a associação de características definidoras está relacionada à elevada probabilidade de manifestação do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida em mulheres-mãe que estão amamentando seus filhos com idade menor ou igual a seis meses de vida. A associação das características definidoras Amamentação não exclusiva e Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno, aumenta em 91% a probabilidade de manifestação do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Amamentação não exclusiva em associação com Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança, aumentam em 74% a probabilidade de manifestação do diagnóstico Amamentação interrompida.

As características definidoras Amamentação não exclusiva, Separação entre mãe e filho e Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno em associação aumentam em 98% a probabilidade de manifestação de Amamentação interrompida. As associações de Separação entre mãe e filho, Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, Separação entre mãe e filho, Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança e Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno aumentam em 100% a probabilidade de manifestação do diagnóstico Amamentação interrompida.

Percebe-se nos conjuntos de probabilidades 18 ao 27, que quando as características definidoras Separação entre mãe e filho e Amamentação não exclusiva estavam em associação com as demais características definidoras, houve um aumento em 100% da probabilidade de manifestação do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Pode-se afirmar que as características definidoras Separação entre mãe e filho, Amamentação não exclusiva e Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, apresentam-se como as mais importantes no estudo, e quando presentes e associadas aumentaram a chance de ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida em 100%.

A associação das seis características definidoras eleva em 100% a probabilidade de manifestação do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Destaca-se que Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, isoladamente está relacionado à baixa probabilidade de manifestação do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida (4%).

**Tabela 9:** Relação entre as variáveis socioeconômicas paternas com o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Variáveis	Am. Inter.		$\chi^2$	Valor p	OR (IC 95%)	
	Pres.	Aus.				
1. Estado civil	Solteiro	9	23	2,873	0,238	--
	Casado	26	103			
	União estável	8	51			
2. Escolaridade	< 1 ano	0	2	--	0,908*	--
	1 a 3 anos	1	7			
	4 a 7 anos	9	37			
	8 a 10 anos	18	67			
	11 a 14 anos	12	57			
	$\geq 15$ anos	3	7			
3. Trabalho remunerado	Sim	36	165	--	0,065*	0,37 (0,14 – 1,02)
	Não	7	12			
4. Atividade voluntaria	Sim	2	10	--	1,000*	0,81 (0,17 – 3,86)
	Não	41	167			
Variáveis	Amamentação Interrompida	N	Posto médio	U	Valor p	
5. Idade	Presente	43	111,23	3774,0	0,933	
	Ausente	177	110,32			
6. Renda	Presente	36	100,51	2952,5	0,818	
	Ausente	168	102,93			
7. Renda familiar	Presente	43	126,57	3114,5	0,063	
	Ausente	177	106,60			
8. No. de membros da família	Presente	43	120,78	3363,5	0,213	
	Ausente	177	108,00			

\*Teste exato de Fisher; Teste de Mann-Whitney;  $\chi^2$  – Qui-quadrado; IC – intervalo de confiança

Com base nos dados da tabela 9, observa-se que não houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil e a presença do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, o mesmo foi observado entre os diferentes níveis de escolaridade, possuir ou não trabalho remunerado e envolvimento em atividades voluntárias. Não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os valores de idade, renda individual e renda familiar, assim como quanto ao número de membros da família.

**Tabela 10:** Fatores paternos influenciadores do processo de aleitamento materno do último filho que se comportam como fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Juazeiro do Norte, 2018.

Variáveis		Am. Inter.		$\chi^2$	Valor p	OR (IC 95%)
		Pres.	Aus.			
1. Recebeu informação sobre AM	Sim	15	57	0,113	0,737	1,13
	Não	28	120			
2. Conhece as vantagens do AM	Sim	30	110	0,868	0,351	1,41
	Não	13	67			
3. Experiência anterior com amamentação	Sim	20	78	0,084	0,772	1,10
	Não	23	99			
4. Acompanhou consulta de pré-natal	Sim	21	92	0,137	0,712	0,88
	Não	22	85			
5. Recebeu orientação profissional	Sim	07	33	0,130	0,718	0,85
	Não	36	144			
5.1. Enfermeiro	Sim	05	22	0,021	0,886	0,93
	Não	38	155			
5.2. Médico	Sim	03	15	--	1,000*	0,81
	Não	40	162			
6. Conhece o tempo de amamentação	Sim	33	132	0,087	0,768	1,12
	Não	10	45			
7. Conhece o tempo de amamentação exclusiva	Sim	25	113	0,481	0,488	0,79
	Não	18	64			
8. Conhece o tempo de amamentação do último filho	Sim	36	168	--	0,019*	0,28
	Não	07	9			
9. Acredita que o leite materno é suficiente para as necessidades do bebê	Sim	12	117	20,81	<0,001	0,20
	Não	31	60			
10. Acredita que o bebê precisa de água, chá ou leite artificial	Sim	33	67	21,10	<0,001	5,42
	Não	10	110			
11. Acredita que o bebê chora com fome mesmo mamando	Sim	34	64	25,79	<0,001	6,67
	Não	09	113			
Variáveis		Am. Interrompida	N	Posto médio	U	Valor p
12. No. de consultas que acompanhou	Presente		43	107,29	3667,5	0,695
	Ausente		177	111,28		
13. Duração da amamentação (meses)	Presente		33	95,65	1760,5	0,053
	Ausente		132	79,84		
14. Duração da amamentação exclusiva	Presente		25	71,78	1355,5	0,548
	Ausente		113	69,00		
15. Quantos dias o filho foi amamentado	Presente		36	115,74	2547,5	0,138
	Ausente		168	99,66		

\*Teste exato de Fisher; Teste de Mann-Whitney;  $\chi^2$  – Qui-quadrado; IC – intervalo de confiança

Na tabela 10, os fatores paternos influenciadores do processo de aleitamento materno do último filho, Conhece o tempo de amamentação do último filho ( $p = 0,019$ ), Acredita que o leite materno é suficiente para as necessidade do bebê ( $p < 0,001$ ), Acredita que o bebê precisa de água, chá ou leite artificial ( $p < 0,001$ ) e Acredita que o bebê chora

com fome mesmo mamando ( $p < 0,001$ ), apresentaram associação estatisticamente significativa com a identificação do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

Destaca-se que a presença do fator paterno Acredita que o bebê precisa de água, chá ou leite artificial e Acredita que o bebê chora com fome mesmo mamando aumentam, respectivamente, em 5,42 e 6,67 vezes a chance de ocorrência do diagnóstico Amamentação interrompida. Entretanto, os fatores paternos Conhece o tempo de amamentação do último filho e Acredita que o leite materno é suficiente para as necessidades do bebê apresentam-se como fatores protetores. Os binômios formados por mulheres-mãe e criança, cujos homens-pai apresentaram estes fatores, têm cerca de 80% menor chance de desenvolver o diagnóstico em estudo.

**Tabela 11:** Associação entre fatores paternos identificados na amostra e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Variáveis	Am. Inter.		$\chi^2$	Valor p	OR (IC 95%)	
	Pres.	Aus.				
1. Incentiva o oferecimento de:						
1.1. Leite materno	Sim	34	172	--	<0,001*	0,11
	Não	9	5			0,03 - 0,35
1.2. Água	Sim	15	32	5,81	0,016	2,43
	Não	28	145			1,16 - 5,06
1.3. Chá	Sim	8	12	--	0,033*	3,14
	Não	35	165			1,20 - 8,26
1.4. Leite artificial	Sim	32	59	24,08	<0,001	5,82
	Não	11	118			2,74 - 12,35
1.5. Outros alimentos	Sim	9	6	--	<0,001*	7,54
	Não	34	171			2,52 - 22,59
2. Incentiva o oferecimento de leite materno na ausência da esposa						
	Sim	14	80	0,04	0,834	1,19
	Não	12	82			0,48 - 3,02
3. Forma mais adequada de oferecer leite / alimentos complementares						
3.1. Mamadeira	Sim	42	142	7,70	0,006	10,35
	Não	1	35			1,38 - 77,83
3.2. Colher	Sim	4	11	--	0,500*	1,55
	Não	39	166			0,47 - 5,12
3.3Copo	Sim	1	4	--	1,000*	1,03
	Não	42	173			0,11 - 9,45

\*Teste exato de Fisher;  $\chi^2$  – Qui-quadrado; IC – intervalo de confiança

Com base nos dados da tabela 11, observa-se que a variável paterna, Incentiva o oferecimento de leite materno ( $p < 0,001$ ) apresentou-se como fator de proteção. Os fatores paternos Incentiva o oferecimento de água ( $p = 0,016$ ), Incentiva o oferecimento

de chá ( $p = 0,033$ ), Incentiva o oferecimento o oferecimento de leite artificial ( $p < 0,001$ ) e Incentiva o oferecimento de outros alimentos ( $p < 0,001$ ) apresentaram relação estatisticamente significativa, ou seja, aumentam a chance de ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

Deste modo, homens-pai que incentivam qualquer tipo de inclusão de líquido ou alimento parece exercer uma significativa influência para adoção desta mudança de amamentação exclusiva para não exclusiva. Para os homens-pai, a forma mais adequada de oferecer leite e outros alimentos complementares é através da mamadeira ( $p = 0,006$ ).

**Tabela 12:** Associação entre fatores do comportamento paterno relacionados ao aleitamento materno do último filho identificados na amostra e a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Juazeiro do Norte – CE, 2018.

Variáveis		Am. Inter.		$\chi^2$	Valor p	OR (IC 95%)
		Pres	Aus			
1. Satisfeito por sua esposa ter amamentado	Sim	42	173	--	1,000*	0,97 0,11 - 8,91
	Não	1	4			
2. Sentimentos quando o bebê estava mamando**	1	33	151	--	0,017*	--
	2	0	11			
	3	0	1			
	4	7	11			
	5	3	3			
3. Auxilia a esposa nas tarefas domésticas	Sim	31	122	0,164	0,686	1,16 0,56 - 2,44
	Não	12	55			
4. Auxilia a esposa no cuidado dos filhos	Sim	30	124	0,001	0,970	0,99 0,48 - 2,04
	Não	13	53			
5. Acredita que amamentação o distanciou da esposa	Sim	4	27	1,012	0,314	0,57 0,19 - 1,72
	Não	39	150			
6. Acredita que o aleitamento provocou mudanças em sua vida	Sim	16	57	0,391	0,532	1,25 0,62 - 2,50
	Não	27	120			
7. Acredita que o aleitamento provocou mudanças no relacionamento	Sim	18	61	0,823	0,364	1,37 0,69 - 2,70
	Não	25	116			
8. Acredita que o aleitamento provocou mudanças no relacionamento sexual	Sim	16	49	1,508	0,219	1,55 0,77 - 3,12
	Não	27	128			
9. Retornou à atividade sexual com a esposa	Sim	37	131	2,776	0,096	2,16 0,86 - 5,46
	Não	6	46			

\*Teste exato de Fisher;  $\chi^2$  – Qui-quadrado; IC – intervalo de confiança

\*\*1. Sente/sentia alegria, 2. Se sente/sentia excluído, 3. Sente/sentia ciúmes, 4. É/era indiferente para você, 5. Outro.

Na tabela 12, a variável paterna Sentimentos quando o bebê estava mamando ( $p = 0,017$ ) apresentou relação estatisticamente significativa com o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Deste modo, os sentimentos expressados pelo

homem-pai com relação ao momento em que o bebê estava mamando têm probabilidade de influenciar a mulher-mãe no desenvolvimento do desfecho clínico.

O sentimento 1, que corresponde ao homem-pai sentir alegria quando o bebê estava mamando, foi o que apresentou associação. Pode-se afirmar que a ausência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida está relacionada à manifestação de alegria dos homens-pai quando o bebê estava mamando.

## 6 DISCUSSÃO

Esse capítulo foi composto pela discussão das características socioeconômicas, demográficas, clínicas, obstétricas e aquelas relacionadas ao aleitamento materno, ligadas à mulher-mãe e ao homem-pai, das variáveis maternas presentes no contexto do processo de aleitamento materno, que se apresentam como características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, e dos fatores paternos influenciadores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Segundo Lopes e Silva (2016), diagnósticos de enfermagem representam respostas humanas que, em sua maioria, não são passíveis de identificação direta a partir de dispositivos ou equipamentos. Essa constatação fundamenta-se no fato de que as respostas humanas incluem comportamentos biológicos, sociais, psíquicos e espirituais, além de se referirem a indivíduos famílias grupos ou comunidades.

O aleitamento materno é um procedimento comum entre as mulheres, no entanto, o ato de amamentar é uma tarefa difícil para muitas delas. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, e é fortemente influenciado pelo meio em que a mulher está inserida, através das condições culturais, socioeconômicas, demográficas e obstétricas, da qualidade da assistência no acompanhamento pré-natal e pós-natal imediato e tardio, além do estresse e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de outros leites, fórmulas, chás e/ou água na alimentação da criança, o uso de mamadeiras e chupetas e o apoio familiar e do companheiro nesse período, dentre outros. Assim, a presença de uma ou mais dessas condições, contribuem para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

Vale salientar que para o processo de julgamento clínico dos diagnósticos de enfermagem, faz-se necessária a interpretação da definição do enunciado do diagnóstico, características definidoras e fatores relacionados, uma vez que o profissional enfermeiro deve se preocupar com a existência de riscos à exatidão das interpretações (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Com relação à inferência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, este estudo concorda com Alvarenga *et al.* (2018) ao recomendarem que é importante compreender que o processo de amamentação é dinâmico e, como tal, as

avaliações e o julgamento diagnóstico podem sofrer modificações em função do tempo em que o dado é coletado.

O tópico a seguir apresenta a discussão, à luz da literatura pertinente, dos principais achados deste estudo, no que se refere às características socioeconômicas, demográficas, clínicas, obstétricas e relacionadas ao aleitamento materno apresentadas pelas mulheres-mãe e homens-pai, participantes desta pesquisa.

### **6.1 O trinômio mãe-pai-filho do aleitamento materno: características socioeconômicas, demográficas e clínicas**

Os achados do presente estudo evidenciaram maior ocorrência de mulheres-mãe que residiam somente com o esposo e filhos. Falceto, Giugliani e Fernandes (2004) mencionaram existir uma forte associação entre o fato de a mãe viver com o companheiro e o aleitamento materno presente nos primeiros meses, pois os pais bem relacionados com suas esposas apresentam uma chance 3,2 vezes maior de dar o suporte necessário ao aleitamento materno.

Uma pequena parte da amostra estudada residia com esposo, filhos e familiares, a exemplo das avós maternas e paternas. Capucho *et al.* (2017), em uma revisão integrativa sobre os fatores que interferem na amamentação exclusiva, identificaram 13 estudos que trazem a influência de familiares e das avós na amamentação, por meio de suas experiências e relato de suposto saber. Uma pesquisa evidenciou que a convivência com a avó teve associação positiva com dar água ou infusões durante a amamentação (PRIMO *et al.*, 2015).

Apesar de todas as mulheres-mãe do estudo coabitarem com seus companheiros, foi verificada para a variável estado civil, que a maioria declarou ser casada ou viver em união estável e 13,2% da amostra afirmou ser solteira. Christoffel *et al.* (2009) corroboram com os achados dessa pesquisa, tendo em vista que identificaram que 84,6% das mulheres participantes do seu estudo eram casadas ou viviam em união estável. Faleiros, Trezza e Carandina (2006), em um estudo de revisão, referiram que as mães em união estável e com apoio de outras pessoas, especialmente do companheiro, amamentavam por mais tempo. O estudo realizado por Margotti e Mattiello (2016) sobre os fatores de risco para o desmame precoce, identificou que 13% da amostra de mães, também eram solteiras.



Quanto à escolaridade, observou-se que 27,2% das mulheres-mãe tinham até 7 anos de estudo e 40% tinha de 8 a 10 anos de estudo, ou seja, a maioria das participantes tinha até o ensino fundamental completo. Um estudo realizado por Silva *et al.* (2012) sobre a percepção das mães sobre o apoio paterno e a influência na duração do aleitamento materno, obteve que 41,4% da amostra tinha escolaridade entre cinco e oito anos completos de estudo.

Em estudo de revisão sistemática realizado por Alvarenga *et al.* (2017), encontrou-se que a escolaridade materna e paterna se apresenta como um fator associado ao desmame precoce. Esse estudo corrobora com os achados de Silva *et al.* (2013), tendo em vista que seus resultados identificaram que a maioria das puérperas não concluíram o ensino médio e apontam a baixa escolaridade como fator para a dificuldade na amamentação. Niquini *et al.* (2009) e Roig *et al.* (2010) identificaram que as mães com menor grau de estudo têm uma chance maior de abandonar mais rápido o aleitamento materno ou de introduzir leite artificial precocemente na alimentação de seus filhos, quando comparadas com as mães que tem um maior grau de escolaridade.

Com relação a ocupação, a maioria das mulheres-mãe eram do lar e somente 32,3% possuía trabalho remunerado. Os resultados dos estudos de Demétrio, Pinto e Assis (2012), Freitas *et al.* (2014) e Alvarenga *et al.* (2017), realizados com mulheres sobre aleitamento materno, identificaram que 32,5%, 40% e 33,3% respectivamente, da amostra possuía trabalho remunerado fora de casa e afirmaram que o trabalho materno foi um dos fatores que favoreceu o desmame precoce. Os resultados dos estudos realizados por Abreu, Fabbro e Wernet (2013) e Capucho *et al.* (2017) evidenciaram que o trabalho materno extradomiciliar é um fator que pode interferir na duração do aleitamento materno, levando a um desmame precoce.

Para os resultados relacionados à variável idade, observou-se que as mulheres-mãe participantes deste estudo, tinham entre 14 e 42 anos com mediana de 26 anos e os homens-pai tinham entre 14 e 42 anos, com mediana de 29 anos. Este achado apresenta similaridades com os estudos de Olimpio, Kochinski e Ravazzani (2010), Silva *et al.* (2013) e Margotti e Mattiello (2016), em que a idade média das mulheres participantes de seus estudos sobre o aleitamento materno variou de 24 a 26 anos. Os estudos sobre aleitamento materno realizados por Jeneral *et al.* (2015) e Silveira, Barbosa e Vieira (2016) encontraram homens-pai com idades entre 25 a 45 anos e 18 a 36 anos respectivamente. Ainda concordando com os achados do presente estudo, uma pesquisa realizada sobre a prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no

binômio mãe-filho em unidade básica de saúde encontrou uma idade média de 26,5 anos (CARVALHO *et al.*, 2014).

Vale salientar que mesmo com a presença de mulheres-mãe e homens-pai adolescentes na amostra deste estudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação a idade e a presença do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Esse achado apresenta similaridades com os resultados do estudo realizado por Cruz, Almeida e Engstrom (2010) sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida da criança, onde não foram observadas diferenças entre a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, entre mães adolescentes e mães adultas. Ainda concordando com os achados deste estudo, Olímpio, Kochinski e Ravazzani (2010) apontaram que a idade materna não foi um fator considerado estatisticamente significativo para a influência do desmame precoce.

Complementando esses achados, Cremonese *et al.* (2016) afirmam que a amamentação na adolescência seja visualizada como um duplo e complexo evento, exigindo um olhar e um cuidado especial, relacionado ao contexto e à singularidade de quem a vive. E que não seja associada como um fator para o insucesso da amamentação ou como um problema social, visto que muitas mulheres adolescentes, com apoio, planejam e conseguem dar continuidade ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança.

Com relação às características socioeconômicas maternas, a mediana da renda familiar foi de R\$ 1.193,50 reais. Os achados das pesquisas realizadas por Araujo *et al.* (2008), Niquini *et al.* (2009) e Silva *et al.* (2012) apontaram um baixo poder aquisitivo, considerando-se que os grupos estudados viviam com uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Alvarenga *et al.* (2017), evidenciaram que bebês provenientes de famílias de baixa renda familiar, que ganhavam entre um e três salários mínimos, tiveram maior chance de interromper a amamentação exclusiva antes do terceiro mês de vida. Destaca-se que os resultados desta pesquisa evidenciaram que as famílias tinham em mediana 4 membros, contando com o último filho. Os resultados do estudo realizado por Silveira, Barbosa e Vieira (2016) corroboram com os achados desta pesquisa, tendo em vista que eles identificaram que as residências tinham uma média de quatro pessoas, incluindo o recém-nascido.

Os achados do presente estudo evidenciaram que 50,5% das mulheres-mãe tiveram seu último filho do sexo masculino. Este achado apresenta similaridades com os resultados dos estudos de Silva *et al.* (2012), Carvalho *et al.* (2014) e Margotti e Mattiello

(2016), tendo em vista que em seus resultados identificaram 51,2%, 57,1% e 53% respectivamente, das crianças eram do sexo masculino.

Houve uma ocorrência de 80% de recém-nascidos que mamaram na primeira hora de vida. Olimpio, Kochinnski e Ravazzani (2010) e Santana *et al.* (2015) identificaram em seus estudos que 67,6% e 81,3% respectivamente, dos recém-nascidos foram amamentados na primeira hora de vida. No entanto, Silva *et al.* (2012), em um estudo realizado com 2.741 bebês, encontraram que apenas 36,1% desses bebês mamaram na primeira hora de vida. Boccolini *et al.* (2011), em um estudo realizado com 8.397 nutrizes no estado do Rio de Janeiro, identificaram que o parto cesariano foi responsável por reduzir pela metade a prevalência da amamentação na primeira hora de vida.

Nesta pesquisa, houve a preponderância da oferta de leite materno às crianças, durante os seis primeiros meses de vida. No entanto, foi possível observar que essas crianças não estavam em aleitamento materno exclusivo, pois somando-se, 180 bebês que corresponde a 81,8% da amostra, tiveram a introdução de água, chá ou outro tipo de alimento, como leite artificial, mingau, sucos e sopinhas de legumes, na alimentação. Herdman e Kamitsuru (2015) afirmam que o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida ocorre quando há quebra na continuidade do oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena, direto das mamas, que pode comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente/criança. Segundo Diogo, Souza e Zocche (2011), o desmame é definido como a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que se encontrava em regime de aleitamento materno exclusivo. O período de desmame é aquele compreendido entre a introdução dos novos alimentos até a supressão completa do aleitamento materno.

Os achados do estudo de Martins e Giugliani (2012) sobre quem são as mulheres que amamentam por dois anos ou mais, apontaram que a introdução de outro leite no primeiro mês de vida aumentou a chance de interrupção do aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida, por interferir na produção do leite, através de fatores de ordem biológica. Neste sentido, Amaral *et al.* (2015) afirmam que a introdução de alimentos substitutivos afeta a produção de leite, uma vez que, ao sugar menos o seio a fabricação do leite se torna menos eficiente. Maranhão *et al.* (2015) identificaram que 62% das mulheres que participaram do seu estudo, não amamentavam seus filhos de forma exclusiva a partir do terceiro mês de vida do recém-nato, tendo em vista que a alimentação complementar foi introduzida no segundo mês de vida da criança. A

introdução precoce de alimentos complementares à dieta da criança contraria as recomendações da OMS (2007).

Um estudo realizado por Vieira *et al.* (2011) sobre diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato, evidenciou que o uso de alimentação suplementar com a introdução precoce de substitutos ou complementos, como o chá, em 70% da população estudada, foi fator relacionado ao processo ineficaz de amamentação. Souza *et al.* (2011) destacam que a complementação do leite materno com líquidos não nutritivos como água e chás, em menores de seis meses de vida, é desnecessária. No entanto, essa prática é difundida culturalmente, pois as mães acreditam que os líquidos são necessários para a criança devido à sede e, assim, os adotam especialmente no verão, com o intuito de prevenir a desidratação. Segundo o estudo realizado por Olímpio, Kochinski e Ravazzani (2010), os dois principais motivos alegados pelas mães sobre a oferta de água, foram sede e a introdução de papinha. Já para a introdução do chá, os motivos foram acalmar e melhorar as cólicas do bebê e pelo hábito da mãe.

Entende-se por alimentação complementar qualquer introdução de alimentos líquidos ou sólidos, diferentes do leite materno, oferecidos ao lactente até o segundo semestre da vida. Quando introduzida precocemente, antes dos seis meses de vida, sob o aspecto nutricional, pode ser nociva à saúde da criança e agir como fonte de contaminação, o que aumenta o risco de diarreia e outras doenças infecciosas. Essa introdução precoce tem sido associada ao desenvolvimento de doenças atópicas, como a asma. Vale ressaltar que a amamentação exclusiva protege contra o diabetes mellitus tipo I e a obesidade (BRASIL, 2015).

Os resultados deste estudo evidenciaram que a maioria das crianças faziam uso de chupeta, corroborando com os achados das pesquisas realizadas por Christoffel *et al.* (2009) e Vieira *et al.* (2010b) que apontaram em seus resultados 53,8% e 51,9%, respectivamente, das crianças usavam chupeta. Ressalta-se que o percentual de crianças que usava chupeta do segundo estudo citado, não estava mais em aleitamento materno exclusivo e se encontrava no final do primeiro mês de vida.

Os estudos realizados por Roig *et al.* (2010) e Martins e Giugliani (2012) apontam que o uso da chupeta está relacionado com o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo, e que esse hábito pode interferir negativamente na manutenção do aleitamento materno por dois anos ou mais. Hernandez e Köhler (2011) identificaram que o determinante social que mais frequentemente se associou à interrupção precoce do

aleitamento materno foi o uso da chupeta, o qual também está associado à menor duração do aleitamento materno exclusivo. Esses autores apontam, ainda, que o uso da chupeta pode ser um marcador de dificuldades na prática do aleitamento materno ou um indicativo da vontade materna de desmamar.

Para Alvarenga *et al.* (2017), a chupeta tem sido frequentemente associada ao desmame precoce, pois são percebidas manifestações de dificuldades das mães em lidar com o choro do bebê e a fome da criança, o que leva à concepção de que a composição e a quantidade do leite são insatisfatórias às necessidades da criança. Martins e Giugliani (2012), bem como Chaves, Lamounier e César (2007), afirmam que as crianças que usam chupeta, possivelmente solicitam menos o peito, levando a redução no número de mamadas por dia. Como consequência, ocorre uma menor estimulação do complexo mamilo-areolar e menor produção de leite, determinando a necessidade de complementação, o que pode resultar em um desmame precoce. Sousa *et al.* (2012) apontam que o uso da chupeta ou mamadeira pode levar ao desmame precoce, pois influenciam de forma negativa no reflexo de sucção do recém-nascido, levando a ocorrência do fenômeno chamado “confusão de bicos”. Martins e Giugliani (2012) afirmam ainda que é possível que as mães que cumprem a recomendação de não oferecer chupeta aos seus filhos, apesar da pressão para oferecer esse artefato, sejam mais informadas e mais sensibilizadas quanto às boas práticas relacionadas com a saúde da criança, incluindo a recomendação de amamentar seu filho por dois anos ou mais.

Com relação à idade e às medidas antropométricas das crianças deste estudo que tinham de 30 dias a 6 meses de vida, verificou-se que em mediana as crianças tinham 92,5 dias, ou seja, a maioria delas estavam no terceiro mês de vida, nasceram a termo e com o peso acima de 2.500g, onde a mediana foi de 3.150 gramas ( $\pm 636,0$ ). Este achado apresenta similaridades com os estudos realizados por Roig *et al.* (2010) e Silva *et al.* (2013), que encontraram uma média de peso ao nascer igual a 3.287 gramas e 3.090 gramas respectivamente. O peso atual, no momento da realização da pesquisa foi em mediana 5.815 gramas ( $\pm 2188,0$ ). Observou-se que a estatura ao nascer em mediana foi de 49 cm ( $\pm 2,0$ ) e a estatura atual, no momento da realização da pesquisa, foi em mediana de 56 cm ( $\pm 5,0$ ), corroborando com os achados do estudo realizado por Carvalho *et al.* (2014), sobre a prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em unidade básica de saúde. Os autores encontraram uma idade média de 3,46

meses, o peso variou de 3,04 a 11 Kg e a média de estatura das crianças foi de 60,36 cm, com estatura mínima de 47 cm e máxima de 76 cm.

Os achados dessa pesquisa evidenciaram que a maioria das mulheres-mãe amamentavam seus filhos durante à noite. Essa prática concorda com as recomendações do Ministério da Saúde ao afirmar que a mãe deve amamentar seu filho sob livre demanda à noite (BRASIL, 2010). A mamada noturna favorece o aleitamento materno, pois aumenta o tempo em que a criança pode sugar e a prolactina é secretada em maior quantidade à noite, ajudando a manter a produção láctea (BRASIL, 2001).

Foi identificado que mesmo as crianças que não estavam em aleitamento materno exclusivo, ou as que tinham uma baixa frequência diária no número de mamadas, tinham a prática rotineira das mamadas noturnas. Diante deste achado, pode-se afirmar que amamentar à noite é útil para as mães pela comodidade de o leite já estar pronto e poder ser realizado com o binômio deitado, o que favorece um menor fracionamento do sono materno. No entanto, as mamadas noturnas geram o agravamento do cansaço físico, pois o repouso das mulheres-mães, especialmente as que trabalham fora, não é bem-sucedido. Um estudo de revisão integrativa realizado por Abreu, Fabbro e Wernet (2013) sobre os fatores que intervêm na amamentação exclusiva com as pesquisas publicadas no período de 2005 a 2011, evidenciou que a praticidade de amamentar, especialmente à noite, exerce influência positiva na decisão pela amamentação.

Destaca-se que a maioria das mulheres-mãe participantes deste estudo, relatou conhecer as vantagens do aleitamento materno. No entanto, as vantagens apontadas foram voltadas especificamente para o bebê e direcionadas para o melhoramento da imunidade, como fator de proteção contra doenças, fator nutricional e vinculadas de forma positiva à época de erupção dos dentes. Houve em uma proporção menos expressiva o reconhecimento das vantagens do aleitamento materno para a saúde da mulher, com valorização de benefícios para a perda de peso e voltar a forma corporal anterior à gestação. Os estudos realizados por Amaral *et al.* (2015) e Araujo *et al.* (2008) sobre fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno, corroboram com os achados desta pesquisa, tendo em vista que seus resultados apontaram para a compreensão das mulheres sobre a amamentação, a qual interfere de forma direta na atitude das mesmas frente ao ato de amamentar. Foi verificado um conhecimento intrinsecamente ligado ao discurso biomédico, quando a amamentação é apontada, sobretudo, para evitar doenças, proteção imunológica, fator nutricional e formação dentária da criança.

Corroborar-se com Santos (2004) e Amaral *et al.* (2015) ao se afirmar que ainda é pouco conhecido ou valorizado pelas mulheres-mãe os outros benefícios do aleitamento materno, como a promoção e o fortalecimento do vínculo afetivo do trinômio mãe-pai-filho, a redução de gastos com a alimentação da criança, a diminuição do risco de hemorragias maternas no período pós-parto e a diminuição do risco de câncer de mama em até 3,4% a cada 12 meses de lactação. Araujo *et al.* (2008) acrescentam a esses benefícios, outros fatores importantes que também se relacionam ao ato de amamentar, como: reduzir as malformações da dentição, estimular e exercitar a musculatura que envolve a fala, promover melhor dicção e proporcionar tranquilidade ao recém-nascido.

Com relação aos resultados encontrados quanto ao apoio que as mulheres-mãe recebiam do cônjuge e da família, observou-se que a maioria delas relatou receber esse apoio destinado ao processo de aleitamento materno do último filho. No entanto, 101 (45,9%) mulheres-mãe não estavam mais com os seus filhos em aleitamento materno exclusivo, valendo salientar que 100% das crianças deste estudo tinham menos de seis meses de vida. Diante desta constatação, esta pesquisa concorda com os achados dos estudos de Capucho *et al.* (2017) e Abreu, Fabbro e Wernet (2013), quando afirmam que dentro do contexto social, as relações de maior influência à prática da amamentação encontram-se relacionadas às mantidas por avós e o pai da criança. Com relação ao pai, esses autores apontam que seu apoio está em prover um contexto favorável para a prática da amamentação, no âmbito emocional, educacional e socioeconômico. Já a influência das avós é destacada por serem pessoas de respeito e confiança, uma vez que possuem experiência e um suposto saber. No entanto, Abreu, Fabbro e Wernet (2013) afirmam que a influência das avós tem correlação direta com a prática da amamentação vivenciada por elas, ou seja, aquelas que conseguiram amamentar tendem a influir positivamente e, as que não conseguiram, influenciam negativamente.

Nem sempre o apoio familiar é benéfico para o aleitamento materno, uma vez que pode ser preditivo de probabilidades mais baixas de início da amamentação. Em muitos casos, parceiros e familiares, especialmente a avó materna, pressionam a mãe a descontinuar o aleitamento, tendo, portanto, papel relevante nas decisões da mulher acerca da alimentação da criança, influenciando-a a introduzir água, chá e fórmula à dieta do recém-nascido. Nessa perspectiva, a família pode fornecer apoio de diversas maneiras, mas não necessariamente oferece o suporte ao aleitamento e pode, inclusive, incentivá-la a parar de amamentar (MARANHÃO *et al.*, 2015).

O apoio paterno deve ter como objetivo a vivência conjunta da amamentação, dividindo as responsabilidades com a parceira e afirmando o desejo dela perante a essa nova fase. Pontes, Alexandrino e Osório (2012) afirmam que a presença do pai no período de amamentação e o fato da mãe ter uma união estável e duradora favorece a amamentação, devido ao vínculo e ao apoio do companheiro. Capucho *et al.* (2017) apontam que a figura paterna no cotidiano da amamentação deixa a mãe mais segura e empoderada.

O aleitamento materno pode provocar mudanças na vida da mulher, do homem e entre o casal, pois existe uma dificuldade de adaptação ao novo papel de mulher-mãe e homem-pai. No presente estudo, 58,6% das mulheres-mãe referiram que o aleitamento provocou mudanças em suas vidas e 35% referiram que o aleitamento provocou mudanças entre o casal. Entre as principais queixas, estão distanciamento do marido, diminuição da frequência da atividade sexual e diminuição do desejo sexual ocasionado pelo cansaço físico decorrente do cuidado com o bebê e das demandas do processo de aleitamento materno.

Um aspecto importante para que o casal consiga superar as mudanças que ocorrem a nível familiar e conjugal após o nascimento de um filho e o cuidado que ele necessita, é o modo como o homem e a mulher vivenciam a transição da conjugalidade para a parentalidade, que é assinalada com a gravidez, a maternidade e a paternidade. A maternidade é bastante diferente na visão do pai e da mãe, pela diferença clara de papéis assumidos, quer a nível biológico, quer psicológico e físico. Os níveis de estresse que essa reorganização implica, são variáveis de casal para casal. O processo de aleitamento materno implica na complexa tarefa de assumir novos papéis (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

Outro aspecto avaliado neste estudo foi o retorno à atividade sexual, sendo que 23,6% da população estudada ainda não tinha retomado as atividades sexuais, valendo ressaltar que a média de idade do último filho dessas mulheres-mãe foi de 3 meses. Marques e Lemos (2010), em estudo sobre sexualidade e amamentação, identificaram que as mulheres voltaram às atividades sexuais com penetração entre 1 a 6 meses após o parto. Esses autores afirmam que o retorno à vida sexual costuma ser alvo de negociação entre os parceiros, nem sempre satisfatória para ambos.

Nesse sentido, Vettorazzi *et al.* (2012) relataram que 61% das mulheres que amamentavam não haviam retomado a atividade sexual no sexto mês após o nascimento do bebê. A ausência do retorno ou a retomada tardia das atividades sexuais, são



considerados como fatores de mau prognóstico sexual, devendo ser cuidadosamente avaliado.

Abrão, Gutiérrez e Marin (1997) realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes relacionados ao aleitamento materno. O diagnóstico de enfermagem Alteração no padrão de sexualidade foi identificado, por esses autores, em 75% das mulheres participantes do estudo, sendo que algumas delas referiram preocupação em iniciar a atividade sexual, por desconhecer os métodos contraceptivos que poderiam utilizar.

No que se refere às variáveis obstétricas, percebeu-se que as mulheres-mãe tiveram em mediana dois filhos. O nascimento do primeiro filho aconteceu aos 23 anos de idade, sendo que 50% deles nasceram de parto normal. Semelhante resultado foi encontrado nos achados do estudo de Margotti e Mattiello (2016) realizado com 300 mães, onde 55% dos nascimentos foram através do parto vaginal; já nos estudos realizados por Silva *et al.* (2013) e Freitas *et al.* (2014), o parto cesariano aconteceu em 65,1% e 66,3% das mulheres, respectivamente. Rivemales, Azevedo e Bastos (2010) afirmam que o parto cesáreo é um fator de risco para o início da lactação, pois esse tipo de parto retarda o primeiro contato mãe-filho e o estabelecimento da amamentação. Capucho *et al.* (2017) apontam que a idade da mãe na primeira experiência com o aleitamento materno é um ponto forte na manutenção ou não da amamentação.

No que diz respeito ao aleitamento materno, as crianças eram amamentadas cerca de 10 vezes durante as 24 horas. No entanto, em mediana, nenhuma mulher-mãe amamentou exclusivamente pelo menos um de seus filhos até seis meses de vida. Corroborando com esse achado, Margotti e Mattiello (2016) encontraram em seu estudo uma redução abrupta da taxa do aleitamento materno exclusivo do primeiro para o quarto mês de vida, onde essa taxa caiu de 86% para 49%, nos referidos meses de vida dos lactentes.

Os resultados relacionados às variáveis socioeconômicas paternas, evidenciaram que eles tinham em mediana 29 ( $\pm 7,05$ ) anos de idade. Este achado apresenta similaridades com o estudo de Silva *et al.* (2012), em que houve um predomínio de pais com idade inferior a 30 anos. No entanto, destaca-se que Silveira, Barbosa e Vieira (2016) realizaram um estudo com pais de 351 recém-nascidos e encontraram que 86,3% tinham idade entre 18 e 38 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria declarou ser casado ou viver em união estável e 14,5% da amostra afirmou ser solteiro, apesar de todos os homens-pai do estudo

coabitarem com suas esposas. Um estudo de revisão integrativa sobre o apoio paterno ao aleitamento materno encontrou que a presença do pai é o suporte para a amamentação na perspectiva materna (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012). No entanto, Martins e Giugliani (2012) identificaram que quando o pai e a mãe coabitavam, a probabilidade de a amamentação durar até 2 anos ou mais foi 39% menor. Silva *et al.* (2012) fazem uma correlação entre o estado civil e as mudanças ocorridas na vida conjugal, apontando que é provável que os pais em união estável estejam mais seguros e tranquilos quanto às mudanças ocorridas na vida do casal após o nascimento de um filho.

Quanto à escolaridade paterna, observou-se que a maioria dos homens-pai tinham o ensino fundamental incompleto ou ensino médio incompleto e possuíam trabalho remunerado, com renda familiar mensal, em mediana, menor que 1,5 salário mínimo, para prover as necessidades financeiras de suas famílias, que tinham em mediana quatro membros. Estudo realizado por Silva *et al.* (2012) com 2.741 binômios mãe-bebê, apontou que 50% dos pais destes bebês tinham entre cinco e oito anos completos de estudo e a análise bivariada dos fatores relacionados ao aleitamento materno mostrou que a menor escolaridade paterna se comportou como fator que aumenta o risco de interrupção do aleitamento materno, no 1º e 3º mês.

No presente estudo, somente 32,3% das mulheres-mãe trabalhavam. Corroborar-se com Martins e Giugliani (2012) ao afirmarem que quando o homem-pai é o principal provedor da família, ele é uma das figuras que mais influenciam a mãe com relação à amamentação e, muitas vezes, fornece suporte para o início e a manutenção do aleitamento materno. Porém, ele pode influenciar negativamente, quando não é favorável ao aleitamento materno ou é ambivalente.

No que se refere aos fatores paternos relacionados ao aleitamento materno, encontrou-se que 18,2% dos homens-pai receberam do profissional de saúde, orientações sobre a importância do aleitamento materno e 48,6% não acompanharam suas esposas em nenhuma consulta de pré-natal. O principal motivo alegado foi estar trabalhando. O conhecimento do pai sobre o aleitamento materno é imprescindível, contudo, muitas vezes este ocorre envolto por dúvidas. Os resultados do estudo realizado por Silva *et al.* (2012) também corroboram com os achados desta pesquisa, tendo em vista que em seus resultados, os autores identificaram que 34,7% dos pais receberam informações sobre amamentação e 49,1% acompanharam suas esposas nas consultas de pré-natal. Silveira, Barbosa e Vieira (2016) revelam que 275 (78,3%) dos pais relataram ter acompanhado as esposas em algum momento ao serviço de saúde. Dentre esses pais, apenas 24 (8,73%)

receberam informações de profissionais da saúde a respeito da amamentação. Nos estudos realizados por Paula, Sartori e Martins (2010) e Silva, Santiago e Lamonier (2012) foi identificado que os homens encontram dificuldades com os horários das consultas e grupos de gestantes devido à incompatibilidade com os de seu trabalho.

Silva, Santiago e Lamonier (2012) ainda apontam que os profissionais de saúde que deveriam trabalhar com a inclusão paterna no ciclo gravídico puerperal, transmitem inaptidão para atuar com os pais e não os incluem na consulta de pré-natal, mesmo que ele esteja presente durante este atendimento. Paula, Sartori e Martins (2010) afirmam que ainda existe dificuldade dos profissionais em proporcionar um ambiente favorável para acolher o pai nas questões da amamentação, pois as ações de saúde ainda consideram apenas a sua dimensão biológica. Concordando com os achados de Silveira, Barbosa e Vieira (2016), pode-se afirmar que a influência do pai sobre o aleitamento materno é subestimada, e por isso os profissionais de saúde negligenciam a preparação dos futuros pais.

A assistência pré-natal adequada é aquela oferecida ao casal, possibilitando e estimulando a participação ativa do marido. Há necessidade de estimular a presença paterna durante a gestação nas atividades de educação em saúde, porém cumprindo um papel educativo, com informações consistentes sobre o aleitamento materno e alimentação infantil. Segundo Rêgo *et al.* (2016), o pai deve ser lembrado e incluído em todo o processo reprodutivo, tendo em vista que a amamentação é parte inerente dessa fase. Diante desta realidade Paula, Sartori e Martins (2010) e Silva *et al.* (2012) reforçam que existe a necessidade de implementação de ações de saúde que valorizem a figura paterna nas consultas de pré-natal, pois se o homem-pai conhecesse os benefícios biológicos, econômicos e psicológicos para o filho e toda a família, provavelmente seria grande parceiro no processo, incentivando e contribuindo com o aleitamento materno.

A maioria dos homens-pai deste estudo afirmaram conhecer o período total de duração da amamentação e o período de duração da amamentação exclusiva, no entanto, apontaram que esses períodos têm duração semelhante, de 6 meses, demonstrando assim que existe um certo desconhecimento quanto à duração total do aleitamento materno recomendada pelo Ministério da Saúde, que é o AME por seis meses e o AM complementado por dois anos (BRASIL, 2009b). A maioria desses homens-pai informou saber por quanto tempo o último filho foi ou estava sendo amamentado. O desconhecimento quanto a duração do tempo de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo também foi identificado no estudo realizado por Silveira, Barbosa e

Vieira (2016), sobre o conhecimento dos pais sobre o processo de aleitamento materno, onde apenas 20% dos participantes afirmaram o período dessa prática de acordo com o que é estabelecido pelo Ministério da Saúde.

A pesquisa realizada por Paula, Sartori e Martins (2010) aponta que o desconhecimento do período de amamentação demonstra a não participação do pai durante a amamentação, visto que é uma informação básica desse processo. Esse aspecto também remete ao que já foi discutido anteriormente, se esses pais estão acompanhando as consultas de pré-natal e, caso estejam, se estão sendo considerados como sujeitos ativos, pois muitas vezes não são levados em consideração.

A maioria dos homens-pai participantes deste estudo afirmou acreditar que o leite materno é suficiente para suprir as necessidades do bebê. Entretanto, eles também afirmaram que acreditam que mesmo mamando, o bebê precisa ter sua dieta complementada com água, chá ou leite artificial. Relatam ainda que o bebê chora com fome mesmo tendo sido amamentado, pois só o leite materno não sustenta e, por isso, incentivam o oferecimento de leite materno, água, chá e outros alimentos como mingau, suco de frutas e sopa de legumes, a fim de complementar o aleitamento materno.

Os resultados do estudo realizado por Alvarenga *et al.* (2018), sobre as características definidoras críticas para o diagnóstico de enfermagem de Amamentação ineficaz, apontam que as crianças possuem múltiplas razões para chorar, sendo que nem todas as crianças que choram, estariam vivenciando um processo de ineficácia na amamentação. Corroboram-se com Piazzalunga e Lamounier (2009) e Jeneral *et al.* (2015) ao afirmarem que a ideia de que o leite materno é fraco e não sustenta a criança ou que não está sendo produzido em quantidade suficiente e por isso precisa ser complementado, representa uma das dificuldades enfrentadas durante o período de aleitamento materno, podendo colaborar para o início precoce do processo de desmame.

O estudo realizado por Serafim e Lindsey (2002) corrobora com os achados desta pesquisa, tendo em vista que em seus resultados, os autores identificaram que apesar de os pais entrevistados acreditarem na alta qualidade do leite materno e reconhecerem que o leite materno deve ser ofertado ao filho, no seu primeiro ano de vida ou por mais tempo, 60% deles afirmam a necessidade de complementação nos primeiros seis meses de vida, com outros alimentos como a sopinha de legumes, o suco de frutas, as frutas, o leite em pó, a água e o chá. Com relação aos fatores que provavelmente facilitam o desmame precoce, este estudo apresenta resultados semelhantes àquele desenvolvido por Paula, Sartori e Martins (2010). Estes autores afirmaram que os pais relatavam que o filho

chorava porque o leite não sustentava e por isso apoiavam a introdução de outro alimento complementar.

Neste estudo, 42,7% dos homens-pai afirmou incentivar o oferecimento de leite materno na ausência da esposa, entretanto, a mesma porcentagem relatou não saber o que era oferecido ao seu filho na ausência da mãe e 14,6% afirmou não incentivar o oferecimento de leite materno ao seu filho na ausência da mãe. Diante desse achado, tem-se um total de 57,3% dos homens-pai que demonstraram pouco envolvimento no cuidado com a alimentação do bebê, ficando geralmente sob a responsabilidade materna ou de outro cuidador. Corroborar-se com o estudo de Brito e Oliveira (2006), pois estes relatam que a natureza do envolvimento entre os pais e filhos é diferente quando relacionadas à mãe, pois atividades de lazer estão ligadas ao pai, enquanto que o trabalho acerca da alimentação, higiene corporal e vestimenta das crianças é conferido à mãe.

Os achados evidenciaram que quando os homens-pai ficaram responsáveis por alimentar seu filho, a maioria afirmou que a forma mais adequada de oferecer o leite materno e/ou alimentos complementares para o bebê era através da mamadeira. Um estudo de revisão integrativa sobre o apoio paterno ao aleitamento materno realizado por Silva, Santiago e Lamonier (2012) identificou que o apoio do pai ao aleitamento materno acontece quando ele ajuda a esposa cuidando da alimentação do filho e o alimenta utilizando a mamadeira. Piazzalunga e Lamounier (2011) afirmam que apesar da cultura da mamadeira, não existe evidências que o uso da mesma pudesse ajudar os pais a terem mais contato e cuidado com os filhos durante a fase do aleitamento materno.

Com relação aos resultados verificados quanto aos sentimentos dos homens-pai quando a criança estava mamando, a maioria relatou vivenciar sentimentos positivos como a alegria. Este achado apresenta similaridades com os resultados do estudo realizado por Pontes, Alexandrino e Osório (2008) que identificaram que o comportamento do pai diante da vivência do amamentar é emoldurado por sentimentos de felicidade, alegria, amor, entre outros. Neste estudo também foram citados sentimentos de exclusão e indiferença ao presenciar o seu filho sendo amamentado. Pontes, Alexandrino e Osório (2008) e Silva, Santiago e Lamonier (2012) afirmam que a vivência do pai acerca do aleitamento materno é permeada por sentimentos paradoxais, pois os homens-pai sentem-se felizes e querem apoiar e, simultaneamente, sentem-se frustrados e excluídos.

No tocante às alterações ocorridas na vida conjugal decorrentes do aleitamento materno, relatadas pelos homens-pai, os achados evidenciaram que a maioria

deles auxiliam a esposa nas tarefas domésticas e no cuidado com os filhos. Sobre essa temática, corrobora-se com Ferraz *et al.* (2016), tendo em vista que em seus resultados, os autores verificaram que a maioria dos pais auxiliaram no processo de amamentação cuidando da esposa e do bebê, ajudando a esposa nos serviços de casa e cuidando dos outros filhos. Piazzalunga e Lamounier (2011) apontam em seus resultados, que a chegada de uma criança traz para o casal, além de muitas alegrias, a necessidade de repensar e reelaborar suas atividades domésticas. Jeneral *et al.* (2015) afirmam que ocorre uma mudança social do exercício da paternidade, pois a realização das tarefas domésticas e o compartilhamento do cuidado com o filho exibem a forma mais ativa do homem, sentindo-se partícipe do processo de amamentação e criação da família.

Em menor proporção, mas com significância para a temática em estudo, foi citado pelos homens-pai que a amamentação o distanciou de sua esposa, provocou mudanças em suas vidas, entre o casal e no relacionamento sexual. Dentre as principais mudanças foram citadas cansaço físico da esposa, falta de atenção da esposa, pois a mesma está com a atenção voltada para a criança, falta de tempo da esposa para fazer programas de casal, diminuição do desejo sexual da esposa, diminuição da frequência das relações sexuais, não permissão para que o marido tenha acesso as mamas e o não retorno à atividade sexual. Corrobora-se com os achados do estudo realizado por Ferraz *et al.* (2016) onde encontraram que o processo de amamentar diminuiu o contato íntimo e os gestos de afeto entre o casal, principalmente por parte da esposa. Ainda concordando com o presente estudo, os achados da pesquisa de Jeneral *et al.* (2015) identificaram sentimentos de abandono e frustração nos relatos dos pais participantes do seu estudo, referentes à perda do seu lugar junto à esposa-mãe, que se dedica integralmente ao filho, acarretando um distanciamento físico e sexual.

## **6.2 Características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida**

Para Gordon (1994), as características definidoras são válidas quando ocorrem e podem ser identificadas como um grupo em uma determinada situação clínica. Estas podem ser determinadas a partir dos problemas de enfermagem agrupados ou até se tratar de um deles. Neste estudo, as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida que apresentaram maior prevalência foram: Desejo da mãe de oferecer seu leite para atender as necessidades nutricionais do filho,

Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança, Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno, Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno e Amamentação não exclusiva; e, em menor proporção apareceu a característica definidora Separação entre mãe e filho. O fato desse indicador clínico ter aparecido em uma minoria das mulheres-mãe parece estar ligado à realidade de apenas 32,3% delas trabalharem fora de casa.

Herdman e Kamitsuru (2015) trazem somente a característica definidora Amamentação não exclusiva para determinar a presença do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. As demais características pertencem à versão 2012 – 2014 da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2012). A prevalência desses indicadores clínicos pode ser atribuída pelo fato de as crianças deste estudo estarem em aleitamento materno ou aleitamento materno exclusivo. Somente seis crianças não estavam mais em aleitamento materno, no entanto, o fenômeno amamentação tinha acontecido por um período igual ou superior a 30 dias.

Corroborando com os achados desta pesquisa, um estudo realizado por Silva *et al.* (2008) que teve como objetivo geral elaborar um instrumento de coleta de dados para identificação dos padrões de amamentação e alimentação do lactente e, de forma específica, identificar características definidoras dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relacionados à amamentação, identificou com 100% de concordância dos especialistas a pertinência das seguintes características definidoras do diagnóstico de Amamentação interrompida: Separação entre mãe e filho; A criança não é amamentada em algumas ou em todas as mamadas; Desejo da mãe eventualmente oferecer seu leite para atender as necessidades nutricionais do bebê/criança; Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender às necessidades nutricionais da criança; Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho; Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno; Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno.

Os resultados da pesquisa realizada por Carvalho *et al.* (2014) apresentam similaridades com os achados do presente estudo, no que diz respeito à identificação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, uma vez que eles destacaram seis características definidoras dos binômios mãe-filho: A criança não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas, Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno, Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno, Desejo da mãe de eventualmente oferecer seu leite

para atender as necessidades nutricionais do bebê/criança, Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender às necessidades nutricionais da criança e Separação entre mãe-filho. Pode-se destacar que o presente estudo também encontrou seis características definidoras do referido diagnóstico.

Ambos os estudos apresentaram em comum quatro características definidoras, a saber: Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno, Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno, Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender às necessidades nutricionais da criança e Separação entre mãe-filho. Nos resultados do estudo realizado por Silva *et al.* (2013) o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida esteve presente em 71,4% das mães que apresentaram as características definidoras Separação entre mãe e filho e Desejo da mãe de oferecer o seu leite para as necessidades nutricionais do filho.

A partir do modelo de classe latente, identificou-se que 22,6% das mulheres-mãe entrevistadas manifestaram o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida no presente estudo, quando se levou em consideração a presença das características definidoras das versões 2012 – 2014 e 2015 – 2017 da NANDA-I. Ao se considerar apenas a característica definidora da versão 2015 – 2017 da NANDA-I, que é a Amamentação não exclusiva, a prevalência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida passa a ser de 45,9%. Esse achado apresenta similaridade com um estudo sobre a prevalência dos diagnósticos de enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em unidade básica de saúde realizado por Carvalho *et al.* (2014), no qual os autores identificaram que 28,6% dos binômios apresentaram o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida e as principais características definidoras presentes foram A criança não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas e Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno.

Com relação as medidas de acurácia diagnóstica, neste estudo, as características definidoras Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança e Falta de conhecimento em relação à expressão (ordenha) do leite materno apresentaram elevados valores de sensibilidade. Assim, a presença desses indicadores clínicos é importante para determinação da ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida nos binômios mãe-filho.

A combinação das características definidoras identificadas pela análise de classe latente expressou que Separação entre mãe e filho, Amamentação não exclusiva e



Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, quando presentes e associadas aumentaram a chance de ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Houve similaridade nos achados do estudo realizado por Silva *et al.* (2013), ao identificarem que o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida esteve presente quando houve descontinuidade no processo de amamentação, caracterizada pela separação entre mãe e filho relacionada à prematuridade, além da presença do desejo da mãe em oferecer o leite materno. Os resultados do estudo realizado por Vieira *et al.* (2010b) demonstraram que o afastamento do binômio mãe-filho devido ao retorno da puérpera ao emprego e a falta de conhecimento sobre a ordenha podem levar as crianças de até 3 meses de idade ao desmame precoce.

### **6.3 Fatores paternos que contribuem para a proteção ou para a exposição do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida**

Com relação aos fatores paternos que contribuíram para a proteção da ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, este estudo encontrou significância relacionada aos homens-pai que possuíam trabalho remunerado e realizavam atividades voluntárias, ao conhecimento dos homens-pai com relação ao tempo de amamentação do último filho, à crença paterna com relação em acreditar que o leite materno é suficiente para suprir as necessidades nutricionais do bebê, quando os homens-pai afirmaram incentivar o oferecimento do leite materno e quando os homens-pai expressaram sentimento positivos como alegria e felicidade quando seu filho estava sendo amamentado.

Paula, Sartori e Martins (2010) apontam que a mulher se ocupa com as tarefas de casa e com o cuidado dos filhos e o homem é o provedor financeiro das necessidades da família. Silva, Santiago e Lamonier (2012) complementam essa ideia, apontando que o apoio financeiro representa um suporte indireto para a manutenção do aleitamento materno, pois o desemprego paterno culmina na volta antecipada da mulher ao trabalho ou na busca precoce por um emprego remunerado, após o parto.

Os resultados do estudo realizado por Silveira, Barbosa e Vieira (2016) demonstraram que o pai bem informado sobre a prática da amamentação pode ser considerado um elemento importante para a diminuição do desmame precoce, corroborando como fator de proteção do aleitamento materno encontrado pelo presente

estudo. Paula, Sartori e Martins (2010) afirmam que a preferência do pai pelo aleitamento materno como forma de alimentação da criança é um dos fatores que influenciam positivamente para a continuação do processo de amamentação. O estudo realizado por Silva *et al.* (2012) identificou que 95,4% dos pais apresentou opinião favorável à amamentação e as principais razões apontadas para que seus bebês mamassem, foram: o leite materno é bom, é o alimento ideal e é bom para o desenvolvimento infantil.

O presente estudo identificou um fator de proteção do aleitamento materno que corrobora com os achados do estudo realizado por Ferraz *et al.* (2016), ao apontarem que o leite materno é percebido pelos pais como um elemento benéfico e imprescindível à saúde da criança, particularmente nos primeiros meses de vida, revelando que os pais têm informação de que o leite materno se configura como fonte de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Silva, Santiago e Lamonier (2012) afirmam que os pais que se sentem felizes com o aleitamento materno e oferecem apoio à sua esposa. Segundo os resultados do estudo realizado por Silva *et al.* (2012), é fundamental que se forme um elo mãe-pai-bebê desde a gestação. A presença mais ativa do pai na fase de preparação para a maternidade encorajaria a mãe a amamentar por mais tempo, pois a aprovação do pai para a amamentação, muitas vezes demonstrada através de sentimentos positivos, é um fator primordial para o sucesso do aleitamento materno.

Neste estudo, afirmativas dos homens-pai sobre a crença de que seu filho chora com fome mesmo tendo sido amamentado; precisa de água, chá ou leite artificial para complementar o aleitamento materno; incentivar o oferecimento de água, chá, leite artificial e outros alimentos e de que a forma mais adequada de alimentar o seu filho era através da mamadeira, apresentaram-se como fatores que contribuem para a presença do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida e, por isso, podem ser apontadas com fatores relacionados ao desfecho clínico em estudo.

Os fatores paternos encontrados neste estudo e que não estão listadas na versão atual da taxonomia da NANDA-I, estão possivelmente atuando como fatores relacionados reforçadores, que segundo Lopes e Silva (2016), ampliam o efeito de condições ou fatores já existentes, contribuindo para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem em estudo. Vale destacar que alguns fatores relacionados apresentaram elevada *Odds Ratio*, no entanto, a classificação dos fatores relacionados reforçadores não depende da exclusividade do evento, mas sim de como eles contribuem para a manifestação do diagnóstico de enfermagem.

Uma pesquisa realizada por Serafim e Lindsey (2002) aponta que 86% dos pais disseram acreditar na existência de leite materno fraco ou reduzido para suprir as necessidades da criança. Paula, Satori e Martins (2010) apontaram que os pais relatavam que o filho chorava com fome, porque o leite materno não sustentava e, por isso, apoiavam a introdução de outro leite complementar, o que provavelmente facilitava o desmame precoce da criança. Esses achados corroboram os resultados desta pesquisa e reforçam a ideia de que estas variáveis atuam como fatores relacionados do diagnóstico Amamentação interrompida. Segundo Ferraz *et al.* (2016), a postura do pai como parceiro na prática da amamentação parece ser determinante para o seu sucesso e para a satisfação do casal. Por isso, quando o homem-pai passa a acreditar que o leite materno não está sendo suficiente para suprir as necessidades nutricionais do seu filho e começa a estimular a complementação do aleitamento materno, as chances da amamentação ser interrompida aumentam consideravelmente.

O uso da mamadeira apontado pelos homens-pai como forma mais adequada para o oferecimento de algum alimento ao bebê, se comportou como um fator relacionado do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Apesar de não ter sido encontrado na literatura o uso da mamadeira com essa configuração, os achados do estudo realizado por Sousa *et al.* (2012) colocam que o uso da mamadeira pode levar ao desmame precoce, pois influencia de forma negativa no reflexo de sucção do recém-nascido, levando a ocorrência do fenômeno chamado “confusão de bicos”. Abreu, Fabbro e Wernet (2013) complementam essa ideia afirmando que a confusão de bicos interfere na pega correta do peito e na qualidade da mamada, o que ocasiona a ocorrência da sucção incorreta, mamadas curtas e pouco frequente ao seio, além de mamas cheias e ingurgitadas, fatores estes que contribuem para a ocorrência da interrupção do aleitamento materno.

Piazzalunga e Lamounier (2009) afirmam que a falta de conhecimento sobre aspectos práticos da amamentação pode levar o pai a influenciar a mulher a optar por mamadeiras e outros tipos de leite, por parecer a melhor e mais fácil solução para as dificuldades apresentadas durante o processo de aleitamento materno. Os resultados do estudo realizado por Santana *et al.* (2015) encontraram o diagnóstico de enfermagem Amamentação ineficaz em 37,5% das mulheres que ofereceram alimentação suplementar com mamadeiras aos seus filhos, considerando o trigésimo dia de vida do lactente.

A investigação das características definidoras e dos fatores paternos relacionados ao diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida estabelece um

importante passo na prática assistencial do enfermeiro, uma vez que contribuem no processo de raciocínio diagnóstico para identificação e inferência acurada do referido desfecho clínico, com vistas a uma melhor avaliação do trinômio mãe-pai-filho.

Destaca-se a importância da identificação dos fatores relacionados paternos para o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, afim de promover uma organização da assistência de enfermagem, por meio da individualização do cuidado ao trinômio mãe-pai-filho com relação à amamentação. Assim, o conhecimento dos elementos etiológicos do diagnóstico dá subsídios ao enfermeiro para a atuação de forma autônoma, utilizando um sistema de linguagem padronizada de enfermagem. Permite ainda que o enfermeiro tenha a capacidade de traçar diagnósticos específicos e precisos para a realidade de cada trinômio mãe-pai-filho, propondo intervenções necessárias, com a finalidade de auxiliar a manutenção do processo de aleitamento materno.

A literatura relacionada ao aleitamento materno traz ideias de que a introdução de alimentos na dieta do bebê antes dos seis meses de vida, caracteriza o fim do aleitamento materno exclusivo, e conseqüentemente isso dará início ao fim do aleitamento materno. Entretanto, destaca-se que a interrupção do processo de aleitamento materno não acontece de forma abrupta. Ao se levar essas considerações para o contexto do diagnóstico de enfermagem em estudo, o título Amamentação interrompida remete a ideia de que o processo de amamentação cessou, que a criança não está mais sendo amamentada, ou não está mais recebendo leite materno em sua dieta nutricional. Entretanto, a definição e as características definidoras, listadas nas versões da taxonomia da NANDA-I 2012-2014 e 2015-2017 para o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, demonstram uma incongruência entre esses elementos do diagnóstico.

Apesar de as características definidoras Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, Desejo da mãe de manter o aleitamento materno para a tender às necessidades nutricionais da criança, Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno, Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno e Separação entre mãe e filho, tenham sido retiradas da atual versão da taxonomia NANDA-I, essas características definidoras se mostraram importantes e pertinentes, neste estudo, para o julgamento clínico do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

Embora importantes, duas dessas características definidoras remetem a uma ideia positiva, como indicador clínico: Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho e Desejo da mãe de manter o aleitamento materno para

atender às necessidades nutricionais da criança. Neste estudo, pôde-se perceber que a importância dessas características definidoras está justamente na análise da ideia negativa que elas podem ter, como por exemplo, quando é avaliada a Falta de desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho ou a Falta do desejo da mãe de manter o aleitamento materno para atender às necessidades nutricionais da criança. Dentro desse contexto de avaliação, sugere-se que essas características definidoras retornem à lista da taxonomia, assumindo a ideia negativa, visto que a falta de desejo é relevante para a inferência diagnóstica da Amamentação interrompida.

Diante do exposto, acredita-se ser necessária a realização de novos estudos envolvendo o processo de aleitamento materno e o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, no sentido de que ocorra uma revisão do título, definição, lista de características definidoras e a existência de fatores etiológicos ligados à figura paterna, do referido diagnóstico da taxonomia da NANDA-I.

Apesar do rigor metodológico utilizado, os resultados obtidos nessa investigação devem ser utilizados com cautela, haja vista o viés de seleção e amostragem inerente aos estudos do tipo caso-controle. Ressalta-se ainda um número reduzido de casos, neste estudo, tendo em vista que foi levado em consideração a presença das características definidoras das versões 2012-2014 e 2015-2017 da NANDA-I, por isso pode-se pensar na possibilidade de a característica definidora Amamentação não exclusiva não ter apresentado expressiva medida de sensibilidade. A pesquisadora reconhece a necessidade de desenvolver novos estudos com maior número de participantes e a construção de relação com achados de outras pesquisas envolvendo diagnósticos de amamentação.

Além das limitações do estudo, destaca-se aqui a escassez de estudos na literatura com abordagem metodológica semelhante como um fator que dificultou a comparação dos resultados. Ressalta-se que não foram encontradas pesquisas publicadas que investigassem a existência e identificação de fatores relacionados paternos do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, fato que aponta a necessidade de realização de estudos com metodologia e hipótese similar.

Estima-se que os achados do presente estudo possam colaborar para a inferência correta e rápida do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida em crianças de 30 dias a 6 meses de vida, a fim de impedir o desmame precoce ou promover o restabelecimento do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida do lactente. Esse estudo visa contribuir para o planejamento de ações de enfermagem

direcionadas à manutenção do aleitamento materno na Atenção Primária, junto aos trinômios mãe-pai-filho, bem como reduzir as lacunas na literatura de enfermagem sobre diagnósticos de enfermagem relacionados a amamentação.

## 7 CONCLUSÃO

Neste estudo foram entrevistados 220 trinômios mãe-pai-filho, dentre os quais foi possível identificar a presença de indicadores clínicos e a existência de fatores paternos que se apresentam como fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

A partir dos resultados obtidos foi possível analisar a presença e pertinência das seguintes características definidoras da versão 2012 – 2014 da NANDA-I: Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho; Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança; Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno; Falta de conhecimento em relação à expressão (ordenha) do leite materno; Separação entre mãe e filho e, da característica definidora da versão 2015 – 2017 da NANDA-I, Amamentação não exclusiva; as quais determinaram a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida do binômio mãe-filho.

A partir do modelo de classe latente, 22,6% dos binômios avaliados manifestaram o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Observa-se que houve a preponderância da oferta de leite materno às crianças, durante os seis primeiros meses de vida, no entanto, foi possível observar que a maioria dessas crianças não estavam em aleitamento materno exclusivo. Por isso, quando o julgamento clínico para o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida foi baseado somente na característica definidora Amamentação não exclusiva, o presente diagnóstico obteve uma prevalência de 45,9%, tendo em vista que essas mulheres-mãe não estavam mais com os seus filhos em aleitamento materno exclusivo, valendo salientar que 100% das crianças tinham menos de seis meses de vida.

Outro achado importante foi o uso de chupeta associado ao bebê não estar mais em aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida. Diante desta constatação, pode-se afirmar que o uso da chupeta parece estar relacionado como o abandono precoce aleitamento materno exclusivo e pode ser caracterizado como um fator etiológico do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

Os indicadores clínicos Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho, Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender as necessidades nutricionais da criança e Falta de conhecimento com relação à expressão

(ordenha) do leite materno apresentaram prevalência e sensibilidade elevadas. Já os indicadores clínicos Separação entre mãe e filho e Amamentação não exclusiva apresentaram elevada especificidade para o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Diante desses achados, acredita-se que seja necessária a realização de novos estudos com trinômios mãe-pai-filho que estejam vivenciando o processo de aleitamento materno, com o objetivo de revisar a lista de características definidoras do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

Quanto à Amamentação não exclusiva, única característica definidora da versão 2015 – 2017 da NANDA-I, o presente estudo possibilitou concluir que somente esse indicador clínico não é suficiente para o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, bem como, apontar que existe uma incongruência entre o título, definição e característica definidora do referido diagnóstico de enfermagem, nesta versão.

Os fatores paternos influenciadores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida encontrados neste estudo, podem ser classificados como fatores etiológicos reforçadores. Dentre esses fatores etiológicos reforçadores encontrados, pode-se citar: homens-pai que demonstraram acreditar que seu filho chora com fome mesmo tendo sido amamentado, homens-pai que afirmaram que seu filho precisa de água, chá ou leite artificial para complementar o aleitamento materno, homens-pai que afirmaram incentivar o oferecimento de água, chá, leite artificial e outros alimentos e, homens-pais que afirmaram que a forma mais adequada de alimentar o seu filho é através da mamadeira.

O presente estudo possibilitou também a identificação de fatores relacionados a sentimentos paternos, a saber: a amamentação o distanciou de sua esposa, provocou mudanças em suas vidas, mudanças entre o casal e no relacionamento sexual, onde em alguns casos esses sentimentos, pareceram influenciar o binômio mãe-filho, no desenvolvimento do desfecho clínico.

Com relação aos fatores paternos que contribuíram para a ausência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida no binômio mãe-filho, este estudo encontrou significância relacionada aos homens-pai que possuíam trabalho remunerado e realizavam atividades voluntárias, ao conhecimento dos homens-pai com relação ao tempo de amamentação do último filho, à crença paterna com relação em acreditar que o leite materno é suficiente para suprir as necessidades nutricionais do bebê, quando os homens-pai afirmaram incentivar o oferecimento do leite materno e quando os



homens-pai expressaram sentimento positivos como alegria e felicidade quando seu filho estava sendo amamentado.

Embora tenham sido apresentadas algumas limitações, as evidências clínicas obtidas destacam importantes contribuições do estudo ao conhecimento e à prática de Enfermagem voltada ao trinômio mãe-pai-filho que estão ou irão vivenciar o processo de aleitamento materno. A avaliação das características definidoras e dos fatores relacionados paternos permitiram conhecer como esses elementos atuam na ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida e como influenciam o julgamento clínico do enfermeiro. Além disso, o presente estudo proporcionou uma importante compreensão aos enfermeiros das potencialidades na utilização do diagnóstico de enfermagem, com vistas a uma melhor avaliação do trinômio mãe-pai-filho em relação à amamentação e, conseqüentemente, para promover de uma assistência que inclua o homem-pai desde o acompanhamento pré-natal.

Acredita-se que os fatores relacionados influenciadores do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida identificados no presente estudo, podem ser incorporados na taxonomia da NANDA-I como condições associadas, visto que os fatores relacionados reforçadores: homens-pai que afirmaram que seu filho precisa de água, chá ou leite artificial para complementar o aleitamento materno, homens-pai que afirmaram incentivar o oferecimento de água, chá, leite artificial e outros alimentos e, homens-pais que afirmaram que a forma mais adequada de alimentar o seu filho é através da mamadeira, tratam de Conhecimento paterno deficiente acerca do aleitamento materno e o fator relacionado reforçador homens-pai que demonstraram acreditar que seu filho chora com fome mesmo tendo sido amamentado trata de Crenças paternas acerca do aleitamento materno.

A presente investigação confirmou a hipótese de que o homem-pai apresenta fatores que influenciam na ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida do binômio mãe-filho. No entanto, ressalta-se que o processo de aleitamento materno é dinâmico e, por isso, é recomendado que o profissional enfermeiro deve investigar e reunir um número maior de características definidoras e fatores relacionados, para elaborar um julgamento clínico acurado sobre a ocorrência ou não do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

## REFERÊNCIAS

- ABRÃO, A. C. V.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; MARIN, H. F. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. **Rev. Latino-americana**, v. 5, n. 2, p. 49 – 59, 1997.
- ABRÃO, A. C. V.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; MARIN, H. F. Diagnóstico de enfermagem amamentação ineficaz. **Rev. 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 – 619, 2013.
- ALMEIDA, J. A.; NOVAK, F. R. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. **J. Pediatrics**, (Rio J), v. 80, n. 5 suppl., p. 119 – 125, 2004.
- ALVARENGA, S. C.; CASTRO, D. S.; LEITE, F. M. C.; BRANDÃO, M. A. G.; ZANDONADE, E.; PRIMO, C.C. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**, v. 17, n. 1, março, 2017. p. 93 – 103.
- ALVARENGA, S.C.; CASTRO, D. S.; LEITE, F.M. C.; GARCIA, T. R.; BRANDÃO, M. A. G.; PRIMO, C.C. Critical defining characteristics for nursing diagnosis about ineffective breastfeeding. **Rev. Bras Enferm**, v. 71, n. 2, 2018. p. 335 – 342.
- AMARAL, L. J. X.; SALES, S. S.; CARVALHO, D. P. S. R. P.; CRUZ, G. K. P.; AZEVEDO, I. C.; FERREIRA JÚNIOR, M. C. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 36, n. esp, 2015. p. 127 – 134.
- ARANTES, C. I. S.; OLIVEIRA, M. M.; VIEIRA, T. C. R.; BEIJO, L. A.; GRADIM, C. V. C.; GOYATÁ, S. L. T. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 421 – 429, maio/jun, 2011.
- ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm**, v. 61, n. 4, p. 488 – 492, jul/ago, 2008.
- BARBOSA, C. M.; MAURO, M. F. Z.; CRISTOVÃO, S. A. B.; MANGIONE, J. A. A importância dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 57, n. 2, p. 134-135, 2011.
- BAR-YAM, N. B; DARBY, L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. **J. Hum Lact**, v. 13, n. 1, p. 45 – 50, 1997.
- BEZERRA, V. L. V. A.; NISIYAMA, A. L.; JORGE, A. L.; CARDOSO, R. M.; SILVA, E. F. D.; TRISTÃO, R. M. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Revista Paulista de Pediatria**, v.30, n.2, p.173-179, 2012.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; VASCONCELOS, A. G. G. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 244 – 246, 2011.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latino-americana**, v. 11, n. 2, p. 40 – 44, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar**. F. Savage King; Tradução de Zuleika Thomson e Orides Navarro Gordon. – 4ed. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável e guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília (DF), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília (DF), 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil-aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília (DF), 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios Brasileiros**. Brasília (DF), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rede Cegonha**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Publicada no DUO nº 12, seção 1, p. 59, quinta-feira, 13 de junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, R. S.; OLIVEIRA, E. M.F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 193 – 202, jun. 2006.

CALDEIRA, A. P.; GOULART, E. M. A. A situação do aleitamento em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **J. Pediatria**, v. 76, n. 1, p. 65 – 72, 2000.

CAPUCHO, L. B.; FORECHI, L.; LIMA, R. C. D.; MASSARONI, L.; PRIMO, C. C. Fatores que interferem na amamentação exclusiva. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 19, n. 1, jan-mar, 2017. p. 108 – 113.

CARMINHA, M. F. C.; SERVA, V. B.; ARRUDA, I. K. G.; BATISTA FILHO, M. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Rev. Bras. Matern. Infant.**, v. 10, n. 1, 2010. p. 25 – 37.

CARRASCOZA, K. C.; COSTA JÚNIOR, A. L.; MORAES, A. B. A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. **Rev. Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 4, 2005. p. 433 – 440.

CARVALHO, V. M.; SILVA, K. R.; ANDRADE, L. Z. C.; SILVA, V. M.; LOPES, M. V. O. 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, jan-fev, 2014.

CARVALHAES, M.A.; CORRÊA, C. R. Identification of difficulties at the beginning of breastfeeding by means of protocol application. **J. Pediatrics** (Rio J), v. 79, p. 13 – 20, 2003.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C.C. Factors associated with duration of breastfeeding. **J. Pediatr.**, (Rio J), v. 83, p. 241 – 246, 2007.

CHRISTOFFEL, M. M.; VOTTO, M. G.; ALLEVATO, C. G.; AMBRÓSIO, M. D. V.; ARAUJO, A. S. Práticas de amamentação de puérperas na consulta de enfermagem neonatal em unidade básica de saúde. **Rev. Min. Enferm**, v. 13, n. 2, abr-jun, p. 202 – 208, 2009.

CUNHA, E. C.; SIQUEIRA, H. C. H. Aleitamento Materno: Contribuições da Enfermagem. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 86-92, 2016.

CREMONESE, L.; WILHELM, L. A.; PRATES, L. A.; OLIVEIRA, G.; BARRETO, C. N.; RESSEL, L. B. O processo da amamentação na adolescência: vivências rememoradas por mulheres. **Rev. Enferm UFPE on line** (Recife), v. 10, n. 9, p. 3284 – 3292, 2016.

CRUZ, D. A. L. M. **A introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino: sua influência no processo de informações por alunos de graduação.** São Paulo, 1995. 149p. [Tese Doutorado]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CRUZ, M. C. C.; ALMEIDA, J. A. G.; ENGSTROM, E. M. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Rev. Nutr.** v. 23, n. 2, p. 201 – 210, 2010.

DATASUS [Internet]. Ministério da saúde. **Sistema de Informação de Nascidos Vivos.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015a. Acesso em 28 de março de 2018. Disponível em: <http://datasus.gov.br>

DATASUS [Internet]. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015b. Acesso em 02 de setembro de 2016. Disponível em: <http://datasus.gov.br>

DEMÉTRIO, F.; PINTO, E. J.; ASSIS, A. M. 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**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 641 – 654, 2012.

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

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R.; FERNANDES, C. L. Couples relationships and breastfeeding: is there an association? **J. Hum Lact.**, v. 20, 2004, p. 46 – 55.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr**, v. 19, n. 5, p. 623 – 630, 2006.

FARIAS, J. N.; NOBREGA, L. M. M.; PÉREZ, B. L. V.; COLER, S. M. **Diagnóstico de enfermagem** – uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta, 1990.

FERRAZ, L.; OLIVEIRA, P. P.; ANTONIOLLI, M. A.; BENEDETT, A.; BOSSETTI, V.; ALMEIDA, K. Opinião de mulheres sobre a participação do pai no aleitamento materno. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 2, maio/ago, 2016. p. 95 – 99.

FREITAS, L. J. Q.; MELO, N. C. C. C.; VALENTE, M. M. Q. P.; MOURA, E. R. F.; AMÉRICO, C. F.; SOUSA, C. S. P. Amamentação ineficaz entre nutrizes atendidas em unidades básicas de saúde. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 103-110, jan/fev, 2014.

GONÇALVES, A. R. Aprender a ser mãe. Processo de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. **Sisifo – Revista de ciências da educação**, v. 5, p. 59 – 68, 2008.

GORDON, M. **Nursing Diagnosis: process and application**. 3ed. St. Louis: Mosby, 1994.

HENRY, B. A.; NICOLAU, A. I. O.; AMÉRICO, C. F.; XIMENES, L. B.; BERNHEIM, R. G.; ORIÁ, M. O. B. Fatores socioculturais que influenciam a prática da amamentação entre mulheres de baixa renda em Fortaleza, Ceará, Brasil: uma perspectiva a partir do modelo do sol nascente de Leininger. **Rev. Enfermaria Global**, v. 19, p. 46 – 55, 2010.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HERDMAN, T. H; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HERDMAN, T. H; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HERNANDEZ, A. R.; KÖHLER, C. V. F. Determinantes sociais do desmame: contribuições das diferentes abordagens metodológicas. **Physis – Rev. De Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 937 – 953, jul/set, 2011.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas Populacionais para os Municípios Brasileiros**. 2012. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa\\_dou.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa_dou.shtm). 2012. Acesso em 02/07/2016.

ICHISATO, S. M.; SHIMO, A. K. Revisiting early weaning trough historical analysis. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, vol. 10, n. 4, p. 578 – 585, 2002.

JENERAL, R. B. R.; BELLINI, L. A.; DUARTE, C. R.; DUARTE, M. F. Aleitamento materno: uma reflexão sobre o papel do pai. **Rev. Fac. Ciên. Méd. Sorocaba**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 140 – 147, 2015.

KELSEY, J. L.; WHITTERMORE, A. S.; EVANS, A. S.; THOMPSON, W. D. **Methods in observational epidemiology**. 2ª. Edição. Oxford: Oxford Univeristy Press, 1996.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **Int. J. Nurs. Knowledge**, v. 23, n. 3, p.134-139, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: T. HEATHER HERDMAN; ANAMARIA ALVES NAPOLEÃO; VIVIANE MARTINS DA SILVA. (Org.). **PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, v. 4, p. 31 – 74.

MACHADO, A. R. M.; NAKANO, A. M. S.; ALMEIDA, A. M.; MAMEDE, M. V. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. **Rev. Bras. Enferm**, v. 57, n. 2, 2004. p. 183 – 187.

MARGOTTI, E.; MATTIELLO, R. Fatores de risco para o desmame precoce. **Rev. Rene**, v. 17, n. 4, 2016. p. 537 – 544.

MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O.; NUNES, L. B.; MOURA, L. N. B. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2015. p. 132 - 139

MARQUES, D. M.; LEMOS, A. Sexualidade e amamentação: dilemas da mulher/mãe. **Rev. Enfermagem UFPE on line**, Pernambuco, v. 4, n.1, p. 622 – 630, abr/jun, 2010.

MARQUES, E.S.; COTTA, R. M. M.; MAGALHÃES, K. A.; SANTA'ANA, L. F. R.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. The influence of the social net of lactating mothers in the breastfeeding: the strategic role of the relatives and professionals of health. **Cienc Saúde Colet**, vol. 15, n. 1 suppl., p. 1391 – 1400, 2010.

MARTINS, E. J.; GIUGLIANI, E. R. J. Which women breastfeed for 2 years or more? **J. Pediatría**, v. 88, n. 1, p. 67 – 73, 2012.

MARTINS, E. L.; VARGENS, O. M. C. Percepção de mulheres a respeito da sexualidade durante a amamentação: uma revisão integrativa. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 271 – 277, mar/abr, 2014.

MOREIRA, A. S. H.; MURARA, A. Z. Aleitamento materno, desmame precoce e hipogalactia: o papel do nutricionista. **Rev. Eletr. Facul. Evangélica Paraná**, v. 2, n. 2, p. 51 – 60, 2012.

NEVES, R. S.; ARAUJO, P. H. M.; LACERDA, T. C. L. Diagnósticos de enfermagem prevalentes no bloco materno-infantil de um hospital público de Brasília. **Rev. Enferm. Foco**, v. 5, n. ¾, p. 53 – 56, 2014.

NIQUINI, R. P.; BITTENCOURT, S. A.; LACERDA, E. M. A.; LEA, M. C. Fatores associados à introdução de leite artificial, município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 12, n. 3, 2009. P. 446 – 457.

OLIMPIO, D. M; KOCHINSKI, E; RAVAZZANI, E. D. A. Fatores que influenciam no aleitamento materno e desmame precoce em mães adolescentes e adultas. **Cadernos da Escola de Saúde**. Curitiba, v. 3, p. 1 – 12, 2010.

ORIÁ, M. O. B; XIMENES, L. B. Translation na cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to portuguese. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 23, n. 2, p. 230 – 238, 2010.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Necesidades de Salud de los Adolescentes**. Série de Informes Técnicos (609). Genebra: OMS. 1997.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Planejamento familiar: um manual mundial para provedores**. Genebra: OMS. 2007.

PAULA, A. O.; SARTORI, A. L.; MARTINS, C. A. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 12, n. 3, 2010. p. 464 – 470.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Rev. Mundo Saúde**, v. 32, n. 4, p. 466 – 474, 2008.

- PIAZZALUNGA, C. R. C; LAMOUNIER, J. A. A paternidade e sua influência no aleitamento materno. **Rev. Pediatría**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 49 – 57, 2009.
- PIAZZALUNGA, C. R. C; LAMOUNIER, J. A. O contexto do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. **Rev. Med Minas Gerais**, v. 21, n. 2, p. 133 – 141, 2011.
- PONTES, C.M.; ALEXANDRINO, A. C.; OSÓRIO, M. M. The participation of fathers in the breastfeeding process: experiences, knowledge, behaviors and emotions. **J. Pediatría**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 122 – 130, 2012.
- PRIMO, C.C.; DUTRA, P. R.; LIMA, E. F. A.; ALVARENGA, S. C.; LEITE, F. M. C. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. **Cogitare Enferm** [Internet]. 2015. [acesso em 06 abril 2018]; v. 20, n. 2, 2015. p. 426 – 433. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.37453>.
- RÊGO, R. M. V.; SOUZA, A. M. A.; ROCHA, T. N. A.; ALVES, M. D. S. Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 4, 2016. p. 374 – 380.
- RESENDE, T. C; DIAS, E. P; CUNHA, C. M. C.; MENDONÇA, G. S.; RIBEIRO JÚNIOR, A. L.; SANTOS, L. R. L; SILVA, E. P. Father participation in the period of breastfeeding: importance and contribution. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 30, n. 3, p. 925-932, maio-jun, 2014.
- RIVEMALES, M. C.; AZEVEDO, A. C. C.; BASTOS, P. L. Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 132 – 137, jan-mar, 2010.
- ROIG, A. O.; MARTÍNEZ, M. R.; GARCIA, J. C.; HOYOS, S. P.; NAVIDAD, G. L.; ÁLVAREZ, J. C. F.; PUJALTE, M. D. M. C.; GONZÁLEZ, R. G. L. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v. 18, n. 3, mai-jun, 2010. p. 81 - 86
- SANDRE-PEREIRA, G. Amamentação e sexualidade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 467 – 491, jul/dez. 2003.
- SANTANA, A. C. G.; SILVA, A. R. V.; OLIVEIRA, E. A. R.; FORMIGA, L. M. F.; SOUSA, A. F.; LIMA, L. H. O. Frequência do diagnóstico de enfermagem “amamentação ineficaz” e crianças picoenses. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, Piauí, ago-out, 2015.
- SANTOS, N. C. M. **Assistência de enfermagem materno-infantil**. São Paulo: Iatria, 2004.
- SCOTT, J. A.; LANDERS, M. C.; HUGHES, R. M.; BINNS, C. W. Psychosocial factors associated with the abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge. **J. Hum. Lact**, v. 17, n. 1, p. 24 – 30, 2001.
- SERAFIM, D.; LINDSEY, P. C. O. Father’s opinion about breast-feeding. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n. 1, 2002. p. 19 – 23.



SHARMA, M.; PETOSA, R. Impacto f expectante fathers in breast-feeding decisions. **J. AM. Diet Assoc**, v. 97, n. 1, p. 1311 – 1313, 1997.

SILVA, A. I.; FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. **Rev. Psiquiatria Clínica**, Portugal, v. 25, n. 3, p. 253 – 264. 2005.

SILVA, B. F. O.; MENEGUETTO, B. M.; FELICE, K. Z.; MAZONI, S. R. Amamentação e alimentação do lactente: proposta de um instrumento de identificação diagnóstica em enfermagem. **Rev. CuidArte Enferm.**, v. 2, n. 2, jul/dez, 2008. p. 144 – 150.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Fathers support on breastfeeding: na integrative review. **Rev. Paulista Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 122 – 130, 2012.

SILVA, E. P.; ALVES, A. R.; MACEDO, A. R. M.; BEZERRA, R. M. S. B.; ALMEIDA, P. C.; CHAVES, E. M. C. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Rev. Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 190 – 195, mar-abr, 2013.

SILVA, P. P.; SILVEIRA, R. B.; MASCARENHAS, M. L. W.; SILVA, M. B.; KAUFMANN, C. C.; ALBERNAZ, E. P. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 30, n. 3, 2012. P. 306 – 313.

SILVEIRA, F. J. F.; BARBOSA, J. C.; VIEIRA, V. A. M. Conhecimento dos pais sobre o processo de aleitamento materno de uma maternidade pública de Belo Horizonte, MG. **Rev. Med Minas Gerais**, v. 26, e-1803, 2016.

SOUZA, N. K. T.; MEDEIROS, M. P.; SILVA, M. S.; CAVALCANTI, S. B.; DIAS, R. S.; VALENTE, F. A. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Com Cienc Saúde**, v. 22, n. 4, 2011. p. 231 – 238.

SOUSA, R. V.; FERREIRA, J. M. S.; SILVA, M. S. P.; MENEZES, V. A.; FONTES, L. B. C.; GRANVILLE-GARCIA, A. F. Hábitos de alimentação e sucção de bebês assistidos em hospital amigo da criança, Campina Grande/PB, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integ**. João Pessoa, v. 12, n. 2, 2012. p. 245 – 250.

VETTORAZZI, J.; MARQUES, F.; HENTSCHEL, H.; RAMOS, J. G. L.; MARTINS-COSTA, S. H.; MARIANGELA, B. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Rev. HCPA**, v. 32, n. 4, p. 473 – 479. 2012.

VIEIRA, C. S. Risco para amamentação ineficaz: um diagnóstico de enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, v. 57, n. 6, p. 712 – 714, nov-dez, 2004.

VIEIRA, F.; BACHION, M. M.; SALGE, A. K. M.; MUNARI, D. B. Diagnóstico de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc Anna Nery Enferm**, v. 14, n. 1, jan-mar, p. 83 – 89, 2010a.

VIEIRA, G. O.; MARTINS, C. C.; VIEIRA, T. O.; OLIVEIRA, N. F.; SILVA, L. R. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. **J. Pediatrics**, v. 86, n. 5, p. 441 – 444, 2010b.

VIEIRA, F.; TONHÁ, A. C. M.; MARTINS, D. M. C.; FERRARESI, M. F.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. **Rev. Rene**, v. 12, n. 3, p. 462 – 470, jul-set, 2011.

WHALEN, B.; CRAMTON, R. Overcoming barriers to breastfeeding continuation and exclusivity. **Curr Opin Pediatr**, v. 22, n. 5, p. 655 – 663, 2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and Young child feeding practices**. [monograph on the Internet]. Geneva: WHO, 2007.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA

#### NANDA-I (2012 – 2014)

**Característica Definidora:** Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho

- Definição conceitual

Termo que se refere à motivação que a mulher-mãe apresenta para ofertar o leite materno suprimindo as necessidades nutricionais (carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas e sais minerais) atingindo os escores Z -2 a 2 do peso corporal e a estatura corporal (WHO, 2006).

- Método de avaliação

No percurso entre o desejo da mulher-mãe de amamentar e a concretização da prática, a motivação é o que permeia este processo de decisão materna, de modo favorável ou contrário. É condicionada pela história de vida da mulher-mãe e pela sua experiência passada, incluindo o conhecimento adquirido desde a infância, por observação de alguém da família amamentando, pelo que foi aprendido e facilitado no contexto das oportunidades socioculturais e, por último, pelo conhecimento adquirido durante a assistência pré-natal e pediátrica (TAKUSHI *et al.*, 2006). Com relação às necessidades nutricionais da criança, segundo Brasil (2009), por ser um alimento produzido pela mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses e continua

sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas.

Essa característica definidora será investigada pelo relato da mulher-mãe e observar as necessidades nutricionais. O pesquisador deverá investigar a motivação da mulher-mãe para ofertar o leite materno suprindo as necessidades nutricionais (carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas e sais minerais). Ainda, o pesquisador deverá avaliar a relação entre peso corporal e idade; bem como, altura e idade entre os escores Z -2 a 2 considerados adequados para a idade, registrados na caderneta de saúde da criança ou na ficha individual de acompanhamento de puericultura. Essa característica será considerada presente quando a mulher-mãe demonstra motivação para ofertar o leite materno suprindo as necessidades nutricionais atingindo os escores Z -2 a 2.

**Característica Definidora:** Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender às necessidades nutricionais da criança

- Definição conceitual

Termo que se refere a motivação da mulher-mãe para sustentar a prática do aleitamento materno de seu filho com vista a suprir as necessidades nutricionais.

- Método de avaliação

Será investigada pelo relato da mulher-mãe e pela observação direta do pesquisador. O pesquisador deverá investigar a motivação da mulher-mãe para sustentar a prática do aleitamento materno suprindo as necessidades nutricionais da criança. Em seguida, será solicitado a mulher-mãe a amamentar seu filho observando quanto aos sinais de sustentação da amamentação. O examinador deverá motivar a mãe a ofertar o aleitamento materno solicitando que a mesma coloque o recém-nascido ou lactente sobre o abdômen mantendo contato ocular e a ponta do nariz do bebê defronte do mamilo. A mãe deve segurar a mama fazendo com a mão um “C” (polegar na parte de cima e os outros dedos na parte de baixo do seio) com os dedos longe do mamilo. Em seguida, tocará nos lábios do bebê com o mamilo, esperando que a boca se abra, mover o bebê para o junto da mama com o lábio inferior dele abaixo do mamilo e sua cabeça deverá ser capaz de oferecer suporte para a parte de trás do pescoço; a mulher-mãe deverá mover

todo o corpo do bebê em sua direção. Em seguida, observe como o bebê pegou o mamilo, certifique-se de que o tecido mamário não está bloqueando a ponta do nariz enquanto ele está sugando. A mãe não deve se inclinar sobre o bebê. Ela deve trazer o bebê para sua mama, não mover o seio em direção ao bebê. O examinador deverá observar quanto à postura da língua a partir do abaixamento do lábio inferior e, se necessário, da mandíbula caracterizando em plana (língua plana, posicionada dentro da cavidade oral, com ponta arredondada), elevada (ponta da língua em posição elevada, pressionando o palato), retraída (língua em posição de retração na cavidade oral), protruída (língua em posição de protrusão na cavidade oral, estando sobreposta aos lábios). Em seguida, avaliará a sucção por meio da movimentação da língua classificando em adequada (movimento ântero-posterior e coordenado da língua diante do estímulo intraoral), alterada (movimento pósterio-anterior ou incoordenado diante do estímulo intraoral) e ausente. Quanto ao calçamento da língua em presente ou ausente; e movimentação de mandíbula em adequada (reduzida excursão da mandíbula, com amplitude mandibular rítmica e suave), alterada (ampla excursão da mandíbula e/ou com amplitude mandibular arrítmica e/ou trancamento da mesma) e ausente. Essa característica será classificada como presente quando a criança apresentar postura de língua elevada, retraída ou protruída associados a movimentos e calçamento de língua alterados ou ausentes, e movimentação da mandíbula alterada ou ausente. Essa característica estará presente quando a mulher-mãe expressar motivação em sustentar a amamentação e o observador verificar que o bebê consegue sustentar a amamentação por pelo menos 5 minutos.

**Característica Definidora:** Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno

- Definição Conceitual

Termo que se refere ao desconhecimento de como retirar o leite da mama, a fim de oferecer à criança utilizando copinho ou colherzinha.

- Método de avaliação

A ordenha do leite humano é a ação de manipular a mama lactante pressionando-a cuidadosamente para a retirada do leite. A manipulação pode ser feita pela

própria nutriz (auto-ordenha), por um profissional de saúde ou por alguém de sua escolha. Sucena e Furlan (2008) afirmam que por mais que pareça um processo simples, principalmente para as mães que estão tendo essa experiência pela primeira vez, a ordenha do leite exige orientação quanto à técnica e aos cuidados especiais. A falta de conhecimento sobre ordenha pode levar a complicações na mama, como o ingurgitamento mamário, devido a não expressão do leite ingurgitado, o que, conseqüentemente, acarreta traumas mamilares e até mesmo mastites (VIEIRA *et al.*, 2010). Segundo Tamez e Silva (2013), a ordenha manual é um método eficiente, desde que as mães recebam incentivo e orientações corretas.

Será investigado pelo relato da mulher-mãe e/ou pela observação direta do pesquisador, à realização da técnica de realização da auto ordenha. O pesquisador deverá interrogar se a mulher-mãe sabe realizar a auto ordenha na posição sentada e se ela consegue verbalizar os principais cuidados que devem ser adotados no momento da realização da auto-ordenha, bem como se ela recebeu orientação de algum profissional da saúde para realizar tal técnica. A mulher-mãe deverá verbalizar que a ordenha deve ser conduzida com rigor higiênico-sanitário capaz de impedir que contaminantes ambientais entrem em contato com o leite e causem prejuízo a sua qualidade. Ela deve demonstrar estar orientada sobre a finalidade e importância dos procedimentos quanto às recomendações antes de iniciar a coleta, as quais são: a) despir blusa e sutiã e vestir avental próprio, de preferência fenestrado e descartável; b) prender obrigatoriamente os cabelos com gorro, touca ou pano limpo; c) proteger a boca e as narinas com máscara, fralda de tecido ou um pedaço de pano limpo; d) lavar as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água e sabão - as unhas devem estar limpas e de preferência curtas; e) lavar as mamas apenas com água - sabonetes devem ser evitados, pois ressecam os mamilos e os predispõem a fissuras; f) secar as mãos e as mamas com toalha individual ou descartável; e, g) procurar uma posição confortável e manter os ombros relaxados. Durante a retirada do leite, a mulher-mãe deverá ser capaz de verbalizar e demonstrar as seguintes recomendações: a) evitar conversar durante a ordenha; b) massagear as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da aréola para o corpo; c) colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola; d) colocar os dedos indicador e médio abaixo da aréola; e) firmar os dedos e empurrar para trás em direção ao corpo; f) apertar o polegar contra os outros dedos até sair o leite; g) desprezar os primeiros jatos ou gotas; h) abrir o frasco e colocar a tampa sobre a mesa, forrada com um pano limpo, com a abertura para cima; i) colher o leite no frasco, colocando-o debaixo da aréola -

quando já houver leite congelado de outras ordenhas, completar o volume de leite no frasco, sob congelamento, utilizando um copo de vidro para a coleta, previamente fervido por 15 minutos ou esterilizado, colocar o leite recém ordenhado sobre o que já estava congelado até no máximo dois dedos para encher o frasco; e, j) fechar bem o frasco após terminar a ordenha (BRASIL, 2010).

Em seguida o pesquisador deverá solicitar que à mulher-mãe para demonstrar a técnica de auto ordenha. Durante a avaliação deste indicador, o pesquisador também deverá observar a presença de sinais de dificuldade em realizar a auto ordenha.

**Característica Definidora:** Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno

- Definição conceitual

Termo que se refere ao desconhecimento de como armazenar corretamente o leite auto ordenhado.

- Método de avaliação

O leite auto ordenhado deverá ser corretamente armazenado, a fim de garantir que a criança continuará sendo alimentada corretamente, quando a mulher-mãe estiver ausente. O armazenamento do leite materno esteve relegado no preparo pré-natal. Aliado ao fato de que este tema geralmente não faz parte do senso comum, isto pode contribuir para que a mulher-mãe não tenha condições de armazenar seu leite auto ordenhado de forma adequada e segura. O desconhecimento pode favorecer o desmame precoce, nos casos em que a puérpera esteja inserida no mercado de trabalho e precise ausentar-se do domicílio (VIEIRA *et al.*, 2010).

Será investigado pelo relato da mulher-mãe e/ou pela observação direta do pesquisador, como ela realiza o armazenamento do leite auto ordenhado. O pesquisador deverá interrogar se a mulher-mãe sabe realizar corretamente o armazenamento do leite proveniente da auto ordenha, se ela consegue verbalizar os principais cuidados que devem ser adotados para o armazenamento do leite, bem como se ela recebeu orientação de algum profissional da saúde para realizar tal prática.



A agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), elenca as seguintes recomendações para o armazenamento e o transporte do leite auto ordenhado em salas de apoio à amamentação em empresas: a) rotular o frasco com o nome da nutriz, data e hora da primeira coleta do dia; b) guardar imediatamente o frasco no freezer, em posição vertical - temperatura do freezer não poderá ultrapassar 3° C; c) ao final da jornada de trabalho o leite deverá ser transportado pela nutriz para a sua residência em embalagens isotérmicas; e, d) o leite ordenhado sem processamento pode ser mantido na geladeira por no máximo 12 horas, e estocado no freezer ou congelador por no máximo 15 dias (BRASIL, 2010).

**Característica Definidora:** O lactente não recebe nutrição em algumas ou em todas as mamadas

- Definição conceitual

Termo que se refere ao não oferecimento do leite materno fundamentado em mitos e crenças como possíveis causas que justificam o desmame precoce ou a complementação precoce.

- Método de avaliação

Os mitos e as crenças sobre o aleitamento materno como “leite fraco” e por isso o bebê não ganha peso, “pouco leite”, “o bebê não quis pegar o peito”, “o leite materno não mata a sede do bebê” e “os seios caem com a lactação” evidenciam a insegurança da mulher ante questões do cotidiano materno durante a amamentação, tais como a produção de leite materno de qualidade e em quantidade suficiente para o bebê e ao choro da criança que, em geral, é associado a fome (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011). Especificamente, o choro da criança angustia a nutriz e, é associado a fome, principalmente quando ocorre após a amamentação. Isto tende a promover a introdução de outros alimentos na dieta da criança, bem como promove o uso da chupeta e da mamadeira (ABREU; FABBRO; WERNET, 2013).

Será investigado pelo relato da mulher-mãe e/ou pela observação direta do pesquisador, que deverá interrogar a mulher-mãe sobre os principais motivos que levaram ela a desmamar precocemente ou complementar a alimentação de seu filho, o uso de

chupeta e mamadeiras, bem como verificar o peso atual da criança, que foi registrado no do cartão de vacinação, através do acompanhamento de puericultura realizado pelo profissional da ESF, a fim de posteriormente avaliar o ganho ponderal dessa criança.

**Característica Definidora:** Separação entre mãe e filho

- Definição conceitual

Termo que se refere a quebra, ruptura ou afastamento do binômio mãe-filho.

- Método de avaliação

No afastamento do binômio mãe-filho temos como principais motivos para a ocorrência dessa separação, o retorno da puérpera ao emprego ou a ocorrência de doenças maternas ou do lactente.

Essa característica definidora será investigada pelo relato da mulher-mãe. O pesquisador deverá questionar se a mulher-mãe trabalha fora de casa, o período da licença maternidade concedido, se necessitou voltar antes do período recomendado e sobre ocorrências de doença na mulher-mãe ou na criança que ocasionou separação do binômio mãe-filho prejudicando na continuidade do aleitamento materno. Essa característica estará presente quando a mulher-mãe referir quebra, ruptura ou afastamento do binômio mãe-filho.

**NANDA-I (2015 – 2017)**

**Característica Definidora:** Amamentação Não Exclusiva

- Definição conceitual

Termo que se refere ao ato de oferecer leite materno proveniente da direto da mama ou ordenhado associado a outros tipos de alimentos, água e chás (WHO, 2007).

- Método de avaliação

Será investigada pelo relato da mulher-mãe e/ou pela observação direta do pesquisador. O examinador deverá questionar a mulher-mãe quanto ao ato de oferecer leite materno proveniente da mama ou da ordenha. Ainda, deverá investigar se a mulher-mãe faz adição de outros alimentos, água ou chá à alimentação do filho classificando os tipos de aleitamento em: predominante (quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como água adoçada, chás, infusões, sucos de frutas e fluidos rituais), complementar (quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo), misto ou parcial (quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite) (WHO, 2007). Essa característica será considerada presente quando a mulher-mãe relatar e/ou o examinador observar a oferta do leite materno associado a outros alimentos.

## REFERÊNCIAS DO POP

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, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil-aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília (DF), 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Nota técnica conjunta nº 01/2010 - Sala de apoio à amamentação em empresas**. Brasília (DF), 2010.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011.

SUCENA, L. P.; FURLAN, M. F. F. M. Incidência da utilização de leite materno ordenhado em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal e caracterização dos recém-nascidos. **Rev. Arq Ciênc Saúde**, v. 15, n. 2, p. 82 89, abr/jun, 2008.

TAKUSHI S. A. M.; TANAKA, A. C. A.; GALLO, P. R.; BRESOLIN, A. M. B. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. **Rev Bras Saude Mater Infant**. São Paulo, v. 6, n. 1, p.115-25, 2006.

TAMEZ, R. N; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VIEIRA, F.; BACHION, M. M.; SALGE, A. K. M.; MUNARI, D. B. Nursing diagnosis NANDA in puerperium at the immediate and late. Esc Anna Nery. **Rev Enferm**. v. 14, n. 1, jan-mar; p. 83-89, 2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multicentre Growth Reference Study Group**. Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and Young child feeding practies**. [monograph on the Internet]. Genebra: WHO, 2007.

**APÊNDICE B**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DAS CARACTERÍSTICAS  
DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO  
INTERROMPIDA**

Número de Identificação: \_\_\_\_\_MM

UBS: \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. Variáveis Socioeconômicas:**

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Idade da Mulher-mãe: \_\_\_\_\_ anos

1.3 Com quem reside?

esposo e filho(s)

esposo e filho(s) na casa da sua mãe

esposo e filho(s) na casa da sogra

Outros \_\_\_\_\_

1.4 Estado civil: \_\_\_\_\_

1.5 Escolaridade\*:  escreva aqui a opção correspondente

01. Sem instrução e/ou menos de um ano de estudo

02. De 1 a 3 anos de estudo

03. De 4 a 7 anos de estudo

04. De 8 a 10 anos de estudo

05. De 11 a 14 anos de estudo

06. 15 anos ou mais de estudo

07. Não determinados

\*Escolaridade segundo o IBGE (2015)

1.6 Trabalho Materno Remunerado:  sim  não

- Se sim, especificar em que: \_\_\_\_\_

- Se sim, Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

1.7 Renda Familiar (em reais): \_\_\_\_\_

1.8 Voltou / começou a trabalhar com quantos meses após o parto? \_\_\_\_\_ meses

1.9 Nº de membros na família: \_\_\_\_\_

1.10 Período da licença maternidade: \_\_\_\_\_

**2. Variáveis relacionadas ao último filho:**

2.1 Data de nascimento da criança: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.2 Idade atual da Criança: \_\_\_\_\_ meses

2.3 Sexo da Criança:  masculino  feminino

2.4 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g

2.5 Peso atual: \_\_\_\_\_ g

- 2.6 Estatura ao nascer: \_\_\_\_\_ cm
- 2.7 Estatura atual: \_\_\_\_\_ cm
- 2.8 Peso mensal:
- 1º mês \_\_\_\_\_ g    2º mês \_\_\_\_\_ g    3º mês \_\_\_\_\_ g
- 4º mês \_\_\_\_\_ g    5º mês \_\_\_\_\_ g    6º mês \_\_\_\_\_ g
- 2.9 Seu filho mamou na primeira hora após o nascimento? ( ) sim ( ) não
- 2.10 Oferece à criança: ( ) leite materno ( ) água ( ) chá ( ) outro: \_\_\_\_\_
- 2.11 Na sua ausência, é oferecido leite materno à criança?
- ( ) sim ( ) não
- Se não, Por que? \_\_\_\_\_
- 2.12 O oferecimento de alimentos complementares ou do próprio leite materno é feito por meio de: ( ) mamadeira ( ) colher ( ) copo ( ) outro: \_\_\_\_\_
- 2.13 A criança usa chupeta? ( ) sim ( ) não
- 2.14 Quanto ao Padrão de eliminação intestinal de seu filho: \_\_\_\_\_ evacuações/dia
- ( ) Fezes líquidas
- ( ) Fezes amolecidas
- ( ) Fezes pastosas
- ( ) Fezes endurecidas
- ( ) Fezes ressecadas com esforço e dor (constipação)
- Quantos dias sem evacuar? \_\_\_\_\_ dias

### 3. Variáveis Obstétricas e relacionadas ao Aleitamento Materno:

- 3.1 Número de gestações: \_\_\_\_\_
- 3.2 Número de Abortos: \_\_\_\_\_
- 3.3 Número de filhos vivos atualmente: \_\_\_\_\_
- 3.4 Idade materna ao nascimento do primeiro filho: \_\_\_\_\_ anos
- 3.5 Número de partos: ( ) Vaginal/normal ( ) Cesáreos
- 3.6 Quantos filhos você amamentou por pelo menos 6 meses? \_\_\_\_\_ filhos
- 3.7 Histórico de amamentação do último filho: Amamenta? ( ) sim ( ) não
- 3.7.1 Se ainda amamenta, qual o tipo de amamentação?
- ( ) Aleitamento Materno Exclusivo
- ( ) Aleitamento Materno Predominante
- ( ) Aleitamento Materno Complementado
- ( ) Aleitamento Materno Misto ou Parcial
- 3.7.2 Tempo de aleitamento materno exclusivo do último filho: \_\_\_\_\_ meses
- 3.7.3 Mulher-mãe verbaliza desejo de: (com relação ao último filho)
- ( ) oferecer seu leite para atender as necessidades nutricionais do filho
- ( ) interromper a amamentação para atender as necessidades nutricionais do filho
- ( ) oferecer seu leite e complementos para as necessidades nutricionais do filho
- ( ) não verbaliza
- 3.7.4 Frequência diária das mamadas do último filho: \_\_\_\_\_ vezes em 24 horas
- 3.7.5 Você oferece mamadas noturnas (último filho)? ( ) sim ( ) não
- 3.7.6 Você oferece outro tipo de alimento durante a madrugada (último filho)?
- ( ) sim ( ) não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

3.7.7 A Mulher-mãe verbaliza algum problema com as mamas que interferiu na amamentação? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

3.8 Você conhece vantagens do Aleitamento Materno?

( ) sim ( ) não Se sim, quais? \_\_\_\_\_

3.9 Você recebe estímulo/apoio do seu cônjuge para amamentar? ( ) sim ( ) não

3.10 Você recebe apoio da família para amamentar? ( ) sim ( ) não

3.11 Você ficou separada do seu filho? ( ) sim ( ) não

- Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

- Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

#### **4. Variáveis relacionadas ao Trinômio durante o processo de aleitamento materno:**

4.1 Você gosta de amamentar? ( ) sim ( ) não

- Como você se sente? \_\_\_\_\_

4.2 Seu bebê chora ao ser posto para mama ao peito? ( ) sim ( ) não

4.3 Quando é posto para mamar, seu bebê tenta se afastar do peito, virá a cabeça para o lado oposto à mama, rejeitando e empurrando com as mãos, assumindo uma posição arqueada? ( ) sim ( ) não

4.4 Você acha que mesmo mamando, seu filho chora com fome? ( ) sim ( ) não

4.4.1 Como você identifica? \_\_\_\_\_

4.5 Seu bebê chora na primeira hora após a mamada? ( ) sim ( ) não

- Se sim, quanto tempo depois? \_\_\_\_\_

4.6 Seu bebê se agita na primeira hora após a mamada? ( ) sim ( ) não

4.7 O que faz seu bebê parar de chorar depois de uma mamada?

4.7.1 ( ) tirar do peito e acalantar

4.7.2 ( ) cantar canções de ninar

4.7.3 (...) colocar para dormir

4.7.4 ( ) oferecer outro tipo de líquido em mamadeira ou chupinha

4.7.5 ( ) dar a chupeta

4.7.6 ( ) entregar para outra pessoa acalmá-lo

4.7.7 ( ) outro: \_\_\_\_\_

4.8 Seu bebê consegue esvaziar o peito em cada mamada? ( ) sim ( ) não

- Se não, Porque? \_\_\_\_\_

4.9 Seu bebê consegue abocanhar toda a sua região areolar-mamilar?

( ) sim ( ) não Se não, Porque? \_\_\_\_\_

4.10 Seu bebê consegue sustentar a sucção na mama enquanto está sendo amamentado? ( ) sim ( ) não

4.11 Com relação à liberação de ocitocina, diga o que ocorre com você:

- Seu leite vaza ao ver o seu bebê e/ou ouvi-lo chorando? ( ) sim ( ) não
- Seu leite vaza quando você está longe do seu bebê, e chega o horário dele mamar? ( ) sim ( ) não
- Seu leite vaza quando seu bebê explora o peito com a língua?  
( ) sim ( ) não
- Quando você está amamentando seu bebê, seu leite vaza pela outra mama
- Seu leite nunca vaza? ( ) sim ( ) não
- Você sente a descida do leite no momento em que seu bebê pega a aréola e começa a sucção? ( ) sim ( ) não
- Você sente a descida do leite no momento em que seu bebê pega a aréola e começa a sucção e vocês estabelecem um contato ocular mãe-filho?  
( ) sim ( ) não
- Suas mamas são macias e cheias de leite? ( ) sim ( ) não
- Se você pular uma mamada, suas mamas ficam cheias? ( ) sim ( ) não
- Depois de um período de pelo menos 2 horas após uma mamada, suas mamas são murchas, e você tem a impressão que seu leite é insuficiente para saciar a fome de seu bebê? ( ) sim ( ) não
- Se precisar sair de casa, você consegue tirar leite do peito para deixar para o bebê? ( ) sim ( ) não      Quantos ml em média? \_\_\_\_\_ ml

4.12 Você sabe ordenhar seu leite? ( ) sim ( ) não

Me diga como você faz:

Etapas da ordenha:

- ( ) despir blusa e sutiã
- ( ) prender obrigatoriamente os cabelos com gorro, touca ou pano limpo
- ( ) proteger a boca e as narinas com máscara, fralda de tecido ou pano limpo
- ( ) lavar as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água e sabão
- ( ) lavar as mamas apenas com água
- ( ) secar as mãos e as mamas com toalha individual ou descartável
- ( ) procurar uma posição confortável e manter os ombros relaxados

Durante a retirada do leite, a mulher-mãe deverá ser capaz de verbalizar e demonstrar as seguintes recomendações:

- ( ) evitar conversar durante a ordenha
- ( ) massagear as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da aréola para o corpo
- ( ) colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola
- ( ) colocar os dedos indicador e médio abaixo da aréola
- ( ) firmar os dedos e empurrar para trás em direção ao corpo
- ( ) apertar o polegar contra os outros dedos até sair o leite
- ( ) desprezar os primeiros jatos ou gotas
- ( ) abrir o frasco e colocar a tampa sobre a mesa, forrada com um pano limpo, com a abertura para cima
- ( ) colher o leite no frasco, colocando-o debaixo da aréola



quando já houver leite congelado de outras ordenhas, completar o volume de leite no frasco, sob congelamento, utilizando um copo de vidro para a coleta, previamente fervido por 15 minutos ou esterilizado, colocar o leite recém ordenhado sobre o que já estava congelado até no máximo dois dedos para encher o frasco

fechar bem o frasco após terminar a ordenha

Anotações necessárias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.13 Você sabe como armazenar o leite ordenhado?  sim  não

Me diga como você faz com relação ao Recipiente, Local de armazenamento, Tempo (ambiente, geladeira e freezer)

deve-se utilizar recipiente (frasco) de vidro incolor com tampa plástica de rosca resistente ao calor

Identificar os frascos com o dia que foi feito a primeira coleta

armazenar o leite auto ordenhado e sem processamento por um período de 12 horas na geladeira e por 15 dias no congelador ou no freezer

coletar, em cada vidro, apenas o volume aproximado para cada refeição

quando já houver leite congelado de outras ordenhas: coletar em copo de vidro previamente fervido por 15 minutos ou esterilizado, colocar o leite recém ordenhado sobre o que já estava congelado e levar imediatamente para o congelador

completar o volume no frasco até no máximo dois dedos para encher (2 – 3 cm)

Anotações necessárias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.14 No geral o Aleitamento provocou mudanças em sua vida?  sim  não

4.15 O Aleitamento provocou mudanças entre você e seu cônjuge?  sim  não

4.16 Você e seu companheiro retornaram a atividade sexual?

sim  não  Se sim, Como está o relacionamento sexual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS FATORES PATERNOS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA

Número de Identificação: \_\_\_\_\_HP

UBS: \_\_\_\_\_

1.2 Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 1. Variáveis socioeconômicas:

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Idade do Homem-pai: \_\_\_\_\_ anos

1.3 Estado civil: \_\_\_\_\_

1.4 Escolaridade\*: ( ) escreva aqui a opção correspondente

01. Sem instrução e/ou menos de um ano de estudo

02. De 1 a 3 anos de estudo

03. De 4 a 7 anos de estudo

04. De 8 a 10 anos de estudo

05. De 11 a 14 anos de estudo

06. 15 anos ou mais de estudo

07. Não determinados

\*Escolaridade segundo o IBGE (2015)

1.5 Trabalho Paterno Remunerado: ( ) sim ( ) não

- Se sim, especificar em que: \_\_\_\_\_

- Se sim, Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

1.6 Exerce Atividade voluntária: ( ) sim ( ) não

- Se sim, especificar em que: \_\_\_\_\_

- Se sim, especificar periodicidade: \_\_\_\_\_

- Se sim, informar número de horas / turno: \_\_\_\_\_

1.7 Renda Familiar (em reais): \_\_\_\_\_

1.8 N° de membros na família: \_\_\_\_\_

#### 2. Variáveis relacionadas ao Aleitamento Materno:

2.1 Recebeu informação ou já leu sobre Aleitamento Materno? ( ) sim ( ) não

2.2 Você conhece as vantagens do aleitamento materno? ( ) sim ( ) não

- Se sim, quais? \_\_\_\_\_

2.3 Você já teve experiências anteriores com Amamentação com outro filho?

( ) sim ( ) não

2.4 Você acompanhou sua esposa durante as consultas de pré-natal?

( ) sim ( ) não

- Se sim, quantas consultas você foi? \_\_\_\_\_ consultas
- Se sim, durante a consulta de pré-natal algum profissional de saúde te falou sobre a importância do aleitamento materno? ( ) sim ( ) não Qual profissional? ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a) ( ) outro: \_\_\_\_\_
- Se não, qual a razão de não acompanhá-la? \_\_\_\_\_

2.5 Você sabe por quanto tempo a mãe deve amamentar seu filho? ( ) sim ( ) não

- Se sim, por quantos meses? \_\_\_\_\_ meses

2.6 Você sabe por quantos meses a criança deve mamar exclusivamente?

- ( ) sim ( ) não - Se sim, por quantos meses? \_\_\_\_\_ meses

2.7 Você sabe há quanto tempo o seu último filho está sendo ou foi amamentado?

- ( ) sim ( ) não - Se sim, por quantos meses? \_\_\_\_\_ meses

2.8 Você acredita que só o leite materno é suficiente para suprir as necessidades nutricionais do seu filho? ( ) sim ( ) não

2.9 Você acha que seu filho precisa de água, chá ou leite artificial? ( ) sim ( ) não

2.10 Você acha que mesmo mamando, seu filho chora com fome? ( ) sim ( ) não

- Se sim, como você identifica? \_\_\_\_\_

2.11 Você incentiva o oferecimento ao seu filho de:

- ( ) leite materno ( ) água ( ) chá ( ) leite artificial ( ) outros: \_\_\_\_\_

2.12 Na ausência da sua esposa (mulher-mãe), você incentiva o oferecimento de leite materno à criança? ( ) sim ( ) não

- Se não, Por que? \_\_\_\_\_

2.13 Qual a forma mais adequada de oferecer alimentos complementares ou o próprio leite materno ao seu filho

- ( ) mamadeira ( ) colher ( ) copo ( ) outro: \_\_\_\_\_

2.14 Você gosta que sua esposa amamente o se filho? ( ) sim ( ) não

2.15 Quando o bebê está mamando o que você sente/sentia?

- ( ) Sente/sentia alegria
- ( ) Se sente/sentia excluído
- ( ) Sente/sentia ciúmes
- ( ) É/era indiferente para você
- ( ) Outro: \_\_\_\_\_

2.16 Você acha que o Aleitamento Materno distanciou sua esposa de você?

- ( ) sim ( ) não

2.17 Você ajuda sua esposa nas tarefas de casa ou no cuidado com os outros filhos, para que ela possa amamentar o bebê? ( ) sim ( ) não

2.18 Você ajuda sua esposa cuidando do bebê e/ou dos outros filhos, para que ela possa descansar? ( ) sim ( ) não

2.19 No geral a amamentação provocou mudanças em sua vida? ( ) sim ( ) não

2.20 O Aleitamento provocou mudanças entre você e sua esposa? ( ) sim ( ) não

- Se sim, o que mudou? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.21 Você e sua companheira retornaram a atividade sexual? sim ( ) não ( )

2.22. O aleitamento materno provocou mudanças no relacionamento sexual?

sim ( ) não ( )

- Se sim, quais mudanças \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE D**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(Mulher-mãe / Homem-pai)**

Prezado (a),

Eu, Gleice Adriana Gonçalves, sou enfermeira, aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, sob orientação da Professora Viviane Martins da Silva. Estou realizando uma pesquisa sobre a presença de problemas no processo de amamentação com os quais o enfermeiro trabalha, e a capacidade desse enfermeiro em encontrar esses problemas com base em informações obtidas a partir de entrevista e avaliação do binômio mãe-filho e com o Homem-pai. Em minha pesquisa, chamo esses problemas de diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação. Os binômios com problema no processo de aleitamento materno, apresentam com frequência diagnósticos de enfermagem relacionados à dificuldade de dar continuidade ou manter o aleitamento materno. Um enfermeiro que identifica rapidamente estes problemas pode cuidar melhor do binômio, a fim de promover a amamentação exclusiva por pelo menos seis meses. Para realizar o estudo, preciso entrevistar a mulher-mãe e o homem-pai que tenham filho com idade maior ou igual a 30 dias e menor ou igual a seis meses. Assim, necessito da sua colaboração participando e permitindo que eu tenha acesso a dados do cartão de vacinação de seu filho. Peço ainda a sua autorização para consultar o prontuário de sua família, que fica na Unidade Básica de Saúde, caso eu precise obter informações o crescimento desenvolvimento de seu filho que não estejam registrados no referido cartão.

Caso aceite, podemos conversar hoje ou marcar um dia, na sua casa ou em outro lugar, para que eu possa lhe entrevistar. Informo-lhe que a entrevista poderá durar em média 20 minutos e não lhe causarão prejuízos ou gastos. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas para a realização do meu trabalho e para compor um banco de informações sobre diagnósticos de enfermagem. Portanto, peço autorização também para que os dados coletados possam fazer parte deste banco. Este banco servirá para estudar e comparar estes problemas em grupos diferentes. Também, lhe asseguro que a qualquer momento, você terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo à continuidade da sua assistência na Unidade Básica de Saúde.

E, finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificar você, garantindo-lhe o sigilo das respostas. Sua participação é voluntária e valiosa, apresentando riscos mínimos como desconforto e/ou cansaço, que serão minimizados com a celeridade na realização da entrevista, que deverá ter uma duração máxima de 15 a 20 minutos, bem como o agendamento da entrevista em outro momento, caso seja necessário.

Os benefícios esperados com este estudo são no sentido de promover uma reflexão sobre o modo de como incluir o Homem-pai no cuidado de Enfermagem, durante o acompanhamento pré-natal e puerperal, a fim de provavelmente ocasionar mudanças no exercício do homem, de ser pai e companheiro, no que diz respeito a vivenciar a amamentação.

Deixarei com você uma via deste termo que comprova sua participação na pesquisa. Coloco-me à disposição para resolver quaisquer dúvidas que possam ocorrer. Se desejar, em caso de dúvidas éticas, faça contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, pelo Fone: (88) 3102. 1212, ou no Endereço: Rua Cel. Antonio Luiz, nº 1161, Bairro Pimenta, Crato – CE. Gostaria imensamente de ter a sua valorosa cooperação no desenvolvimento deste estudo, pelo que, de antemão, muito lhe agradeço.

Pesquisadora: Gleice Adriana Araujo Gonçalves  
Endereço: Rua Pedro Cardoso Sobreira, nº 103, Juazeiro do Norte - CE  
Fone: (88) 98815 1700 E-mail: [gleicenando@hotmail.com](mailto:gleicenando@hotmail.com)

Orientadora: Viviane Martins da Silva  
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará  
Rua Alexandre Baraúna, nº 1115. Fone: 3366.8460 E-mail: [viviane.silva@ufc.br](mailto:viviane.silva@ufc.br)

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que, após convenientemente esclarecido, aceito participar voluntariamente da  
pesquisa **Fatores paternos que se apresentam como fatores relacionados do  
diagnóstico de enfermagem amamentação interrompida.**

Juazeiro do Norte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Responsável pela aplicação do TCLE

\_\_\_\_\_  
Homem-pai ou Mulher-mãe

## APÊNDICE E

Série histórica do ano de 2015 referente à taxa de aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 3 meses e 29 dias, no município de Juazeiro do Norte – CE, 2016.

<b>EQUIPE</b>	<b>SEGMENTO</b>	<b>TAXA DO AME (%)</b>
ESF 01 – Marrocos	Zona Rural	77,7%
ESF 02 – Padre Cicero/Palmeirinha	Zona Rural	50,0%
ESF 03 – Horto I	Zona Rural	77,7%
ESF 04 – Gavião/Sabiá	Zona Rural	50,0%
ESF 05 – Frei Damiano I	Zona Urbana	72,2%
ESF 06 – Novo Juazeiro	Zona Urbana	80,0%
ESF 07 – Lagoa Seca/Jardim Gonzaga	Zona Urbana	66,6%
ESF 08 – Tiradentes I	Zona Urbana	80,0%
ESF 09 – João Cabral I	Zona Urbana	75,0%
ESF 10 – São José I	Zona Urbana	55,5%
ESF 11 – São José II	Zona Urbana	77,7%
ESF 12 – Betolândia	Zona Urbana	83,3%
ESF 13 – Antônio Vieira I	Zona Urbana	83,3%
ESF 14 – Timbaubas I	Zona Urbana	73,3%
ESF 15 – Salesianos I	Zona Urbana	66,6%
ESF 16 – Frei Damiano II	Zona Urbana	81,8%
ESF 17 – Romeirão I	Zona Urbana	64,2%
ESF 18 – Pio XII I	Zona Urbana	71,4%
ESF 19 – João Cabral II	Zona Urbana	70,0%
ESF 20 – Triangulo II	Zona Urbana	75,0%
ESF 21 – Vila São Francisco/Pedrinhas	Zona Urbana	66,6%
ESF 22 – Vila Fátima	Zona Urbana	66,6%
ESF 23 – Limoeiro I	Zona Urbana	50,0%



ESF 24 – Pio XII II	Zona Urbana	75,0%
ESF 25 – Salesianos II	Zona Urbana	50,0%
ESF 26 – Franciscanos I	Zona Urbana	85,7%
ESF 27 – Santa Tereza I	Zona Urbana	42,8%
ESF 28 – Romeirão II	Zona Urbana	80,0%
ESF 29 – Socorro/Salgadinho	Zona Urbana	75,0%
ESF 30 – Juvêncio Santana	Zona Urbana	75,0%
ESF 31 – Leandro Bezerra/Aeroporto	Zona Urbana	80,0%
ESF 32 – Pio XII III	Zona Urbana	62,5%
ESF 33 – Pio XII IV	Zona Urbana	75,0%
ESF 34 – Pirajá I	Zona Urbana	50,0%
ESF 35 – Triangulo II	Zona Urbana	66,6%
ESF 36 – Antônio Vieira II	Zona Urbana	70,0%
ESF 37 – Salesianos III	Zona Urbana	77,7%
ESF 38 – Salesianos IV	Zona Urbana	100,0%
ESF 39 – João Cabral III	Zona Urbana	71,4%
ESF 40 – São Miguel I	Zona Urbana	60,0%
ESF 41 – Pirajá II	Zona Urbana	87,5%
ESF 42 – Pirajá III	Zona Urbana	83,3%
ESF 43 – Frei Damião III	Zona Urbana	68,7%
ESF 44 – Triangulo III	Zona Urbana	66,6%
ESF 45 – Vila Três Marias	Zona Rural	54,5%
ESF 46 – Triangulo II	Zona Urbana	77,7%
ESF 47 – Vila Real/Frei Damião IV	Zona Urbana	44,4%
ESF 48 – José Gdo da Cruz II	Zona Urbana	75,0%
ESF 49 – Horto II	Zona Rural	70,5%
ESF 50 – Sítio Taquari/Junco	Zona Rural	60,0%

ESF 51 – João Cabral IV	Zona Urbana	69,2%
ESF 52 – Carité/Juvêncio Santana	Zona Urbana	61,5%
ESF 53 – Limoeiro II	Zona Urbana	60,0%
ESF 54 – Franciscanos	Zona Urbana	60,0%
ESF 55 – Franciscanos III	Zona Urbana	50,0%
ESF 56 – Santa Tereza II	Zona Urbana	75,0%
ESF 57 – Timbaubas II	Zona Urbana	54,5%
ESF 58 – Jardim Gonzaga/Lagoa Seca II	Zona Urbana	66,6%
ESF 59 – Salesianos V	Zona Urbana	60,0%
ESF 60 – Centro	Zona Urbana	50,0%
ESF 61 – São José III	Zona Urbana	70,0%
ESF 62 – Vila Nova I	Zona Urbana	64,7%
ESF 63 – Vila Nova II	Zona Urbana	54,5%
ESF 64 – Campo Alegre	Zona Urbana	71,4%
ESF 65 – Limoeiro III	Zona Urbana	50,0%
ESF 66 – São Miguel II	Zona Urbana	100,0%
ESF 67 – Salesianos VI	Zona Urbana	66,6%

Fonte: DATASUS, 2015b.

# ANEXO

## ANEXO A

### CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VARIÁVEIS PATERNAS QUE SE APRESENTAM COMO FATORES RELACIONADOS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA

**Pesquisador:** Gleice Adriana Araujo Gonçalves

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 64031417.1.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.081.313

##### Apresentação do Projeto:

O aleitamento materno pode melhorar a qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar menos faltas ao trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes. Apesar de ser biologicamente determinada, a amamentação na espécie humana sofre fortes influências sociais, econômicas e culturais, ficando a mulher como a única responsável pelo ato de amamentar. O processo de aleitamento materno é uma tarefa difícil para muitas mulheres, pois além das dificuldades enfrentadas com o manejo clínico, existe a ansiedade gerada pelo tempo que consideram "perder" ao amamentar, por isso existe a necessidade de outra pessoa para ajudar, esclarecer e acompanhar. No tocante à ajuda familiar, destacam-se como entes mais próximos a mãe da puérpera e o pai do recém-nascido. A presença do homem-pai é o suporte de relevância para a amamentação na perspectiva materna. A influência paterna é destacada como um dos motivos para o aumento de sua incidência e prevalência, ou seja, o homem-pai

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
 Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000  
 UF: CE Município: CRATO  
 Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 2.061.313

influi na decisão da mulher de amamentar, e contribui para a sua continuidade. No entanto, a atuação do pai no contexto da amamentação é permeada por incertezas e dificuldades, uma vez que a assistência à saúde tem enfoque no binômio materno-infantil, não havendo a inclusão paterna nos programas de acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, gerando um desconhecimento e inaptidão do homem-pai com relação ao aleitamento materno. Com isso, a mulher pode não conseguir a continuidade do processo de aleitamento materno. Falhas nesse processo ocasionará o aparecimento do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. Dentro desse contexto, essa pesquisa tem como objetivo analisar os fatores relacionados paternos do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, utilizando um delineamento do tipo casocontrole. A pesquisa será desenvolvida no Município de Juazeiro do Norte-CE. A população do estudo será constituída pelos trinômios mãe-pai-filho, que residam na zona urbana, e que estejam cadastrados na Estratégia Saúde da Família do referido município. A coleta de dados acontecerá no período de janeiro a maio de 2017. A amostra do estudo será composta por 276 indivíduos, sendo 138 casos e 138 controles. Os dados serão coletados pela pesquisadora e acadêmicos de Enfermagem, utilizando um instrumento para determinação do diagnóstico Amamentação interrompida no binômio mãe-filho, que foi construído com base nas definições operacionais dos indicadores clínicos do diagnóstico, propostos pela NANDA-I, e um instrumento para os homens-pai, a fim de realizar a avaliação das variáveis paternas relacionadas ao referido diagnóstico que foi construído com base nos indicadores encontrados na revisão da literatura. A presença ou ausência das características definidoras será determinada pela pesquisadora, e a inferência diagnóstica será realizada por enfermeiros diagnosticadores. Os dados serão compilados por meio do software Excel® versão 2013. Para avaliar as variáveis paternas relacionadas ao diagnóstico Amamentação interrompida, será realizada regressão logística backward. Para o processamento e as análises estatísticas dos dados será utilizado o software IBM SPSS versão 21.0 for Windows® e o pacote estatístico R versão 2.12.1. O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
 Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000  
 UF: CE Município: CRATO  
 Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 2.081.313

Universidade Regional do Cariri – URCA, em cumprimento às recomendações da Resolução nº 466, de dezembro de 2012, referente às pesquisas desenvolvidas com seres humanos.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

- Identificar as variáveis paternas que se apresentam como fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida.

**Objetivo Secundário:**

- Determinar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida do binômio mãe-filho;
- Determinar a prevalência dos fatores relacionados em uma amostra de pais, que o binômio mãe-filho desenvolveu ou não o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida;
- Investigar a associação entre os fatores relacionados paternos e a presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida do binômio mãe-filho;
- Analisar diferenças nas variáveis paternas, baseadas nas características definidoras, que interferiram na presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida do binômio mãe-filho.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A participação no estudo apresenta riscos mínimos como desconforto e/ou cansaço.

**Benefícios:**

Acredita-se que o estudo proposto permitirá uma visualização das questões que permeiam o processo de amamentação na visão do homem-pai.

Além de apresentar uma reflexão sobre o modo como incluir o pai no cuidado de Enfermagem, durante o acompanhamento pré-natal e puerperal, com o intuito de contribuir para um delineamento de ações de cuidado voltadas não só para a mãe e o filho, mas também para o pai, a fim de provavelmente ocasionar mudanças no exercício do homem, de ser pai e companheiro, no que diz respeito a vivenciar a amamentação.

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
 Bairro: Fimemta CEP: 63.105-000  
 UF: CE Município: CRATO  
 Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 2.061.313

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

o projeto está bem descrito e o objetivos estão claros

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

todos os termos estão devidamente apresentados

**Recomendações:**

sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_828345.pdf	12/03/2017 11:12:41		Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	10/03/2017 23:23:10	Gleice Adriana Araujo Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/03/2017 23:00:51	Gleice Adriana Araujo Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	15/01/2017 19:41:09	Gleice Adriana Araujo Gonçalves	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/01/2017 19:28:15	Gleice Adriana Araujo Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada.pdf	15/01/2017 19:27:48	Gleice Adriana Araujo Gonçalves	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CRATO, 25 de Maio de 2017

Assinado por:  
Edílma Gomes Rocha Cavalcante  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000  
UF: CE Município: CRATO  
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 2.081.313

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161  
Bairro: Pimenta CEP: 63.105-000  
UF: CE Município: CRATO  
Telefone: (88)3102-1212 Fax: (88)3102-1291 E-mail: cep@urca.br

Página 02 de 05