UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LETICIA DE ALMEIDA DIONIZIO

Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto/SP

Ribeirão Preto
2021

LETICIA DE ALMEIDA DIONIZIO

Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto/SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Ribeirão Preto
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dionizio, Leticia de Almeida
Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto, 2021.
112f. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

1.Assistência ao Parto. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3.Aleitamento Materno Exclusivo.

DIONIZIO, Leticia de Almeida

Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto/SP.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:_____/_____/_____

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus, por ser tudo, e não me deixar faltar nada durante todo o caminho em todos os momentos. "Mas graças a Deus, que sempre nos conduz vitoriosamente em Cristo e por nosso intermédio exala em todo lugar a fragrância do seu conhecimento;"

2 Coríntios 2:14

À minha orientadora, Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz, agradeço pela coerência com a qual exerce a sua docência. Obrigada por acreditar em mesmo as dificuldades. Agradeço, ainda, pela confiança, e exemplo do ser docente.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Loide, por todo apoio, todo o cuidado, orações na minha jornada até aqui. Obrigada mãe pelo seu exemplo de mulher forte e batalhadora, sem ele em minha memória eu nunca teria vislumbrado uma trajetória acadêmica. Perdão pela minha ausência, sei que foi profundamente sentida.

Ao meu pai Antonio, por todo o carinho, zelo, preocupação e suas orações. Sem o seu incentivo, desde quando eu dava os meus primeiros passos na minha escolarização, nada disso teria se concretizado. Agradeço pelo exemplo de homem trabalhador e a demonstração de senso, respeito e atitude de responsabilidade, sem eles eu não teria chego até onde cheguei.

O meu companheiro de vida, Ovidio, pelo apoio contínuo e por escolher, a cada dia, caminhar ao meu lado. sem o seu apoio, amizade e carinho, meu caminho se tornou mais leve para ter com quem dividi-lo.

Aos meus amigos e companheiros, Keila, Anderson, Mariana e Katherein obrigado por estarem presentes e dispostos a compartilhar as alegrias e tristezas do caminho que escolhemos trilhar na enfermagem.

A minha prima Aline que participou ativamente para estabelecimento da minha saúde mental, agradeço a confiança depositada no ato de compartilhar as suas experiências. Meu desejo é que sua jornada seja plena e leve como você ajudou a tornar a minha.

Aos queridos e afáveis Toddy e Pandora, os únicos puros sem maldade, que nunca me abandonaram, que mostravam sua gratidão e fidelidade a cada olhar carinhoso e companhia durante as madrugadas a fio.

A Capes e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por tornar possível a realização deste mestrado.

“Sou a razão de tua vida.
De mim vieste pela mão do Criador,
e a mim tu voltarás no fim da lida.
Só em mim acharás descanso e Paz.

Eu sou a grande Mãe Universal.
Tua filha, tua noiva e desposada.
A mulher e o ventre que fecundas.
Sou a gleba, a gestação, eu sou o amor.

E um dia bem distante
a mim tu voltarás.
E no canteiro materno de meu seio
tranqüilo dormirás.”

(Cora Coralina, O canto da Terra)

RESUMO

DIONIZIO, LA. **Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto/SP.** 2021. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

O aleitamento materno exclusivo é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança é recomendado pela Organização Mundial da Saúde até o sexto mês de vida da criança. Realizou-se um estudo longitudinal prospectivo, observacional, analítico e quantitativo que avaliou a assistência perinatal em uma maternidade de risco comum de um município do interior paulista, à luz das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento. Utilizou-se o escore de Bologna, que combina as cinco práticas recomendadas pela OMS, a soma dessas cinco avaliações representa a qualidade da assistência, escore varia de 0 a 5, e no grupo estudado o escore médio foi de 3,1 segundo os dados coletados das 104 participantes do estudo. Na aplicação do escore de Bologna, os resultados encontrados sobre a qualidade avaliada mostraram que quanto mais próximo de 5, melhor a qualidade. A associação foi estatisticamente significativa ($p<0.05$) para o profissional enfermeiro na assistência perinatal e a condição de consumo de leite materno exclusivo nos 30 dias pós parto, das 78 mulheres entrevistadas, 62 delas tinham sido atendidas por enfermeiras, sendo que 100% destas consideravam o leite materno o único alimento oferecido a criança, comparado as 18 mulheres que não tiveram assistência da enfermeira, (14) 87,5% dessas mulheres responderam que consideravam o leite materno como único alimento oferecido. Os resultados indicam que a maternidade atingir padrões de qualidade condizentes com um modelo de atendimento viável recomendado pela OMS. Demonstrou-se também que o parto atendido pelo profissional enfermeiro, determinou que houvesse maiores escores de qualidade na assistência e que aumentassem o tempo de aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Assistência ao Parto; Qualidade da Assistência à Saúde; Aleitamento Materno Exclusivo.

ABSTRACT

DIONIZIO, LA**. Quality of childbirth care and its relationship with the duration of exclusive breastfeeding among women users of the Unified Health System in the city of Ribeirão Preto / SP.** 2021. 112 f. Dissertation (MA) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Exclusive breastfeeding is the wisest natural strategy of bonding, affection, protection and nutrition for the child and is recommended by the World Health Organization until the child's sixth month of life. A prospective, observational, analytical and quantitative longitudinal study was carried out, and that evaluated perinatal care in a maternity hospital of common risk in a municipality in the interior of São Paulo, in the light of Good Practices in Childbirth and Birth Care. The Bologna score was used, which combines the five practices recommended by the WHO, the sum of these five assessments represents the quality of care, the score ranges from 0 to 5, and in the studied group the average score was 3.1 according to the data collected from the 104 study participants. When applying the Bologna Score, the results found on the quality assessed were closer to 5, the better quality. The association was statistically significant ($p < 0.05$) for the professional nurse in perinatal care and the condition of exclusive breast milk consumption in the 30 days postpartum, of the 78 women interviewed, 62 of them had been attended by nurses, 100% of whom they considered breast milk as the only food offered to the child, compared to the 18 women who did not have assistance from the nurse, (14) 87.5% of these women answered that they considered breast milk as the only food offered. The results indicate that motherhood reaches quality standards consistent with a viable care model recommended by WHO. It was also shown that the delivery attended by the professional nurse, determined that there were higher scores on quality of care and that they increase the time of exclusive breastfeeding.

Keywords: Childbirth Assistance; Quality of Health Care; Exclusive Breastfeeding.

RESUMEN

DIONIZIO LA. **Calidad de la atención del parto y su relación com la duración de la lactancia materna exclusiva entre las mujeres usuárias del Sistema Único de Salud en la ciudad de Ribeirão Preto/SP**. 2021. 112 f. Disertación (Mestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

La lactancia materna exclusiva es la estrategia natural más sabia de vinculación, afecto, protección y nutrición para el niño y es recomendada por La Organización Mundial de la Salud hasta el sexto mes de vida Del niño. Se realizo un estudio longitudinal prospectivo, observacional, analítico y cuantitativo que evaluó la atención perinatal en una maternidad de riesgo común en un municipio del interior de São Paulo, a la luz de las Buenas Prácticas de Atención al Parto y Parto. Se utilizo la puntuación de Bolonia, que combina las cinco prácticas recomendadas por la OMS, la suma de estas cinco valoraciones representa la calidad de la atención, la puntuación va de 0 a 5, y en el grupo estudiado la puntuación media fue de 3,1 según los datos recopilado de 104 participantes del estudio. Al aplicar el puntaje de Bolonia, los resultados encontrados en la calidad valúa da fueron los más cercanos a 5, mejor la calidad. La asociación fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) para la enfermera profesional en atención perinatal y la condición de consumo exclusivo de leche materna en los 30 días pos parto, de las 78 mujeres entrevistadas, 62 de ellas habían sido atendidas por enfermeras, 100% de las cuales consideraron la leche materna como el único alimento ofrecido al niño, en comparación con las 18 mujeres que no contaron con la asistencia de la enfermera, (14) 87,5% de estas mujeres respondieron que consideraban la leche materna como el único alimento ofrecido. Los resultados indican que la maternidad alcanza estándares de calidad consistentes con un modelo de atención viable recomendado por la OMS. También se demostró que el parto atendido por la enfermera profesional, determinó que existieran puntuaciones más altas en la calidad de la atención y que aumentaran el tiempo de lactancia materna exclusiva.

Palabras clave: Asistencia al parto; Calidad de la atención médica; Lactancia materna exclusiva.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição comparativa entre diferentes autores quanto as pontuações gerais do Escore de Bologna. 78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Porcentagem de resposta por itens do Escore de Bologna das participantes do estudo.....56

Gráfico 2- Pontuações do Escore de Bologna para as participantes do estudo.....58

Gráfico 3- Porcentagens de amamentação com leite de peito, leito materno como único alimento oferecido e intercorrências durante o tempo de aleitamento materno ao longo das visitas.....65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características epidemiológicas das participantes do estudo, março a maio de 2019 ..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 2- Características clínicas, da gestação e dos recém nascidos das participantes do estudo, março a maio de 2019 ..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 3 - Itens do Escore de Bologna das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 4 - Escore Final - Frequências dos escores finais, das participantes do estudo, março a maio de 2019 58
Tabela 5 - Comparação do Escore de Bologna segundo as características das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019.....58
Tabela 6- Comparação do Escore de Bologna segundo as características das participantes do estudo, março a maio de 2019 ..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 7- Mudança na amamentação no peito em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, março a maio de 2019 ..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 8- Amamentação no peito em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, março a maio de 2019..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 9- Mudança do leite materno como único alimento oferecido em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, março a maio de 2019 ..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 10- O leite materno como o único alimento oferecido em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, março a maio de 2019..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 11- Mudança na intercorrência durante o tempo de aleitamento materno em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, março a maio de 2019 ..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 12- Intercorrência durante o tempo de aleitamento materno em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, março a maio de 2019 ..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 13- Qualidade de assistência ao parto (Escore de Bologna) e leite materno como único alimento oferecido em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, março a maio de 2019 ..... **Erro! Indicador não definido.**
Tabela 14- Assistência por profissional de saúde e leite materno como único alimento oferecido em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, março a maio de 2019 . **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE SIGLAS

AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMCEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRSM-MATER	Centro de Referência em Saúde da Mulher – MATER
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MMG	Morbidade Materna Grave
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do planeta
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-Nascido

SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SPSS	*Statistical Package for Social Sciences*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 19
2. REVISÃO DA LITERATURA 23
2.1 As políticas e as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno 23
2.1.2 O aleitamento materno e a assistência no parto 25
2.1.3 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 27
2.1.4 Satisfação das usuárias com a assistência à saúde recebida no parto 29
3. OBJETIVOS 37
3.1 Objetivo Geral 37
3.2 Objetivos Específicos 37
4. MATERIAIS E MÉTODO 39
4.1 Contextualizando o estudo 39
4.2 Tipo de estudo 39
4.3 Local e período do estudo 39
4.3.1 População de referência 40
4.3.2 Critérios de inclusão 40
4.3.3 Critérios de exclusão 40
4.4 Processo de amostragem 41
4.4.1 Instrumentos de coleta dos dados 41
4.4.2 Banco de Dados 43
4.4.4 Procedimentos para coleta de dados 43
4.5 Treinamento e estudo-piloto 44
4.5 Variáveis do estudo 46
4.5.1 Variáveis desfecho 46
4.5.2 Variáveis preditoras 46
4.5.3 Variável preditora principal 46
4.5.4 Variáveis preditoras de ajuste 47
4.6 Características Obstétricas 48
4.6.1 Escore de Bologna 49
4.6.2 Itens específicos 50
4.7 Processamento e análise dos dados 50
4.8 Aspectos éticos 51
5.RESULTADOS 54

6.DISCUSSÃO 69
7.CONCLUSÃO 82
8.LIMITAÇÕES DO ESTUDO 85
9.REFERÊNCIA 87
APÊNDICE A 98
APÊNDICE B 100
APÊNDICE C 102
APÊNDICE D 99
APÊNDICE E 106
ANEXO A 108
ANEXO B 110
ANEXO C 112

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a mais sábia e natural estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. O leite humano é o alimento que reúne as características nutricionais ideais, pelo fato de haver o balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas importantes à diminuição da morbidade e da mortalidade infantis (WHO, 2015; MACIEL et al., 2013).

Nesse sentido, é um "alimento natural e renovável", o qual possui sustentabilidade ambiental e é produzido e entregue diretamente ao lactente sem causar poluição, sem conter embalagens desnecessárias para desperdícios. Dessa forma, a amamentação promove benefícios de ordem econômica tanto diretos, quando são considerados os custos com os substitutos do leite materno e com a mamadeira, quanto indiretos, no caso dos gastos decorrentes do tratamento de doenças como a diarreia, doenças respiratórias e alergias, que acometem com maior frequência as crianças que não são amamentadas de forma exclusiva (ROLLINS et al., 2016; BRASIL; WHO, 2002).

O aleitamento materno exclusivo (AME) é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) até o sexto mês de vida da criança e complementado até dois anos ou mais. Essas recomendações se baseiam em diversos benefícios da amamentação já descritos pela literatura (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

Contudo, atualmente, apenas 38% dos bebês são alimentados exclusivamente com leite materno até os 6 meses na região das Américas e só 32% são amamentados até os 24 meses. O aleitamento materno é vital para a saúde e desenvolvimentos das crianças ao longo de toda a vida e reduz os custos para os sistemas de saúde, para as famílias e para os governos (WHO, 2018).Assim também como se comprovou que mães as quais passam pelo processo de desmame, a fim de introduzir alimentação artificial precocemente, prejudicam o sistema imunológico, as funções de mastigação, a deglutição, a respiração, a articulação dos sons da fala e o desenvolvimento motor e oral do recém-nascido (ESTEVES et al., 2014).Com isso, a AME é a primeira inoculação de uma criança contra morte, doença e pobreza, mas também seu investimento duradouro em aspectos físicos, cognitivos e capacidade social (HANSEN, 2016). Ademais, há também evidências de que a amamentação está associada ao melhor desempenho em teste de inteligência, repercutindo em maiores níveis de escolaridade e maior renda na idade adulta (VICTORA et al., 2016).

Diante disso, o leite materno é o melhor alimento para os recém-nascidos e para as crianças de até 2 anos. No entanto, cinco em cada 20 bebês (25%) na América Latina e no Caribe não são amamentados em sua primeira hora de vida, o que é uma medida essencial para salvar vidas (WHO, 2018).

Além das evidências sobre os inúmeros benefícios da amamentação para crianças, mulheres, famílias, sistemas de saúde e sociedade, em curto e longo prazos, sabe-se que as intervenções voltadas ao aleitamento materno são extremamente complexas (CONASS, 2017). Estudos têm mostrado que a amamentação tem um efeito positivo na saúde física e no comportamento das crianças e no relacionamento inicial com seus pais, mesmo que a amamentação seja interrompida, esses efeitos podem ser vistos no desenvolvimento físico, emocional e intelectual da criança (CONASS, 2017).

Nesse contexto, a amamentação pode afetar o comportamento dos bebês e como também pode ter um impacto positivo em relação aos pais, de modo a resultar em relacionamentos mais próximos entre pais e filhos. Todavia, em comparação com bebês alimentados com leite em pó, os que amamentam podem ter maior vivacidade, chorar menos e ser mais capazes de se envolverem em interações com os pais. Ademais, as mães que amamentam têm níveis mais baixos de estresse e mais altos de humor, bem como níveis mais elevados de apego materno; elas também tendem a sentir seus filhos mais seguros em comparação às mães que oferecem leite em pó a seus bebês (CONASS, 2017). De acordo com documento, que serve como base para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno de 2017, do Ministério da Saúde: “é necessário atuar no sentido de garantir, por meio da proteção legal, o direito à amamentação. Da mesma forma, é necessário desenvolver ações voltadas à promoção da amamentação, mobilizando a sociedade para que esses direitos sejam cumpridos.” Por fim, é imprescindível garantir às mulheres que amamentam suporte e atenção integral às suas necessidades, em especial nos serviços de saúde. Além disso, faz-se imprescindível estabelecer as condições necessárias, por meio de ações intersetoriais, que sustentem à prática da amamentação, envolvendo áreas como a Educação, Desenvolvimento Social, Direitos, entre outras (BRASIL, 2017).

Para além do setor da saúde, o sistema jurídico também pode desempenhar um papel no apoio ao código da Organização Mundial da Saúde e na elaboração de leis para promover condições de trabalho compatíveis com o aleitamento materno exclusivo durante seis meses – tais como períodos mais longos de licença remunerada, creches e instalações para a amamentação no ambiente de trabalho (CONASS, 2017).

Em síntese, o impacto da amamentação no desenvolvimento de uma criança tem consequências importantes tanto para as políticas de saúde pública quanto para o planejamento de estratégias de intervenção precoce que visem melhorar os resultados de desenvolvimento de crianças que vivem em situações de risco, como uma consequência de adversidade biológica (por exemplo, prematuridade) ou adversidade social (por exemplo, pobreza) (WOODWARDL; LIBERTY, 2011).

Revisão da Literatura

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 As políticas e as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno

Fazendo uma breve recapitulação histórica frente a uma realidade atual do desmame precoce, recupera-se a preocupação em relação à Alimentação Infantil e da Criança Pequena. Essa foi uma situação oficializada com a representação do governo na Reunião Conjunta da OMS/UNICEF desde 1979 culminando na elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. O Brasil, foi representado pela presidência do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), colaborou na elaboração deste Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, fato importante, a nosso ver, para a decisão de um programa pró amamentação neste país (REA, 2003).

Em 1980, iniciou-se uma campanha no Brasil, a fim de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meios de comunicação e líderes comunitários para atuarem em favor do aleitamento materno, o que levou ao lançamento Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981. Após isso, várias outras políticas começaram a ser implementadas em âmbito nacional como: a Portaria sobre Alojamento Conjunto também em 1981, início da implantação da Rede de Bancos de Leite Humano (1985) (BRASIL, 2015; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011).

Os demais componentes da política foram desenvolvidos ao longo das últimas décadas, se habilitando em arranjos institucionais que expressam necessidades e tensionamentos sócio-históricos. Nesse contexto sociocultural, o componente “Proteção Legal à Amamentação” é o pano de fundo que abrange a proposição e o monitoramento de legislações que garantam o direito da mulher de amamentar seu filho e protejam a amamentação quanto ao marketing não ético de produtos que competem com essa prática. Nesse componente temos ações intersetoriais de proteção legal com subcomponentes, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL) e a Ação da Mulher Trabalhadora que Amamenta. A legislação de Proteção da maternidade busca garantir o direito da gestante e da mãe como trabalhadora em sua plena capacidade de exercer seu direito produtivo e reprodutivo (BRASIL, 2017).

No âmbito da atenção primária, o componente “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” busca fortalecer as equipes de saúde no desenvolvimento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM e à alimentação complementar saudável, com adequado acolhimento, estabelecimento de vínculos e responsabilização sobre o cuidado longitudinal, integral às mulheres, às crianças e às famílias (BRASIL, 2017).

No início da década de 1990, foi elaborada a “Declaração de Inoccenti”, documento internacional contendo um conjunto de metas para a prática da amamentação de forma exclusiva até os 4-6 meses de vida, complementada com alimentação complementar saudável até o 2° ano de vida ou mais (BRASIL, 2017). No âmbito hospitalar, a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”(IHAC), dentre os 12 países que a adotaram, o Brasil está entre eles, lançada em 1991, foi criada com o objetivo de resgatar o direito da mulher de amamentar, mediante mudanças nas rotinas das maternidades. A IHAC funciona como um processo de acreditação, de modo que, mundialmente, para que um hospital seja credenciado como “Amigo da Criança”, ele deve cumprir os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação e não aceitar doação de substitutos do leite materno (WHO, 2010).

Para além dessa iniciativa, há também o “Método Canguru” e a “Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano” o quais associam e potencializam ações voltadas para o êxito da Política nesse nível de atenção. O primeiro, voltado para os recém-nascidos de baixo peso e suas mães, busca favorecer o AM por meio do apoio e da assistência na amamentação, na maternidade e no seguimento das crianças. O segundo almeja disponibilizar leite humano com segurança a crianças privadas da amamentação, prestando assistência clínica à mulher, à criança e à sua família, sendo, em última instância, um importante apoio ao AM (BRASIL, 2017).

Em relação ainda à melhoria da saúde materna e do recém-nascido no aspecto do AME, que está contemplado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), por Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), entende-se a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Dentro desse contexto de Segurança Alimentar, o AM como um todo, é a primeira forma de garantir SAN à criança.

Em se tratando de questões jurídicas, a licença-maternidade surgiu no Brasil em 1943 com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Inicialmente, o afastamento era de 84 dias e era pago pelo empregador. Com o passar dos anos, a OIT (Organização Internacional do Trabalho) começou a recomendar que os custos com a licença-maternidade fossem pagos pelos sistemas de previdência social. No Brasil, isso ocorreu em 1973. Dessa forma, a licença-maternidade de 120 dias, como é hoje, foi garantida pela Constituição Federal em 1988. No âmbito Federal, o projeto de lei (PL 2.513/07) que criou o Programa Empresa Cidadã, foi convertido na Lei 11.770 de 09 de setembro de 2008, aprovada pelo Presidente da República, a qual prevê incentivo fiscal para as empresas do setor privado que aderirem à prorrogação da

licença maternidade de 120 dias para 180 dias. Outro ganho para os pais no Marco Legal foi a prorrogação da licença-paternidade por mais 15 dias além dos 5 previstos da Constituição para empregados de empresas cidadãs (BRASIL, 2016).

Relacionando com a prática da amamentação, encontramos um dilema, pois não se trata apenas da escolha de amamentar e, sim, depende também da junção de vários fatores que podem ou não colaborar para o sucesso dessa etapa: licença maternidade; garantia de emprego; direito à creche; pausas no trabalho para amamentar; tempo disponibilizado no ambiente de trabalho para ordenha; local para armazenamento deste leite, apoio; acolhimento, entre outros aspectos relacionados à humanização (VEGA; TADDEI; POBLACION, 2014).

Outro documento que contribui com a discussão da importância do AME é o denominado Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do planeta (ODS), que também vem ao encontro do fortalecimento de ações as quais devem ser implementadas nos países que estão compactuados com a melhoria na saúde nas dimensões de visar o enfrentamento das mudanças climáticas e a proteção da sustentabilidade do planeta em conjunto com o desenvolvimento econômicos dos países previstos pelo ODS (PNUD, 2015). Desse modo, a amamentação se relaciona positivamente com todos os ODS, podendo ser considerada um dos pilares para se atingir o desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2016).

Com o objetivo de frisar a importância da mobilização social em prol da amamentação, em 2017, foi criado o Agosto Dourado. Tal cor eleita faz alusão à definição da OMS para o leite materno: alimento padrão ouro para a saúde dos bebês com o objetivo de intensificar ações intersetoriais de conscientização e de esclarecimento sobre a importância do aleitamento materno, como: realização de palestras e eventos; divulgação nas diversas mídias; reuniões com a comunidade; ações de divulgação em espaços públicos; iluminação ou decoração de espaços com a cor dourada (BRASIL, 2017).

O componente “Educação, Comunicação e Mobilização Social”, no Brasil, objetiva-se a desenvolver competências, difundir conhecimento, incentivar e induzir à mobilização social em torno do AM, enquanto o componente “Monitoramento e Avaliação” direciona-se a acompanhar a situação dos indicadores do AM no país e as intervenções relacionadas à política, além de incentivar e de apoiar pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010).

2.1.2 O aleitamento materno e a assistência no parto

De acordo com a definição de aleitamento materno exclusivo (AME), adotada neste estudo, segundo a OMS de 2007 (WHO, 2008), a criança deverá receber “somente leite materno (diretamente do peito ou ordenhado) e nenhum outro líquido ou sólido (com exceção de

medicamentos, suplementos minerais ou vitaminas)". Para a construção da variável "AME", construída para ser utilizada na coleta dos dados, deu-se, então, que a mulher deveria ter oferecido, nas últimas 24 horas, leite de peito e não ter oferecido nenhum outro alimento ou líquido durante os seis primeiros meses de vida da criança. Tal fato se torna importante, pois estima-se que, em 2017, 78 milhões de recém-nascidos no mundo tiveram que esperar por mais de uma hora para serem colocados no peito de suas mães, segundo adverte novo relatório publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2018). Sob esse viés, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) recomenda iniciar a amamentação nos primeiros 60 minutos de vida, o aleitamento materno, como forma exclusiva de alimentação até os 6(seis) meses de idade e, de maneira completar, até os 2(dois) anos (WHO, 2018).

Considerando o quarto passo da IHAC, que fala em "ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento", estudos apontam que a amamentação iniciada logo após o parto é um potencial mecanismo para maximizar esta prática, contribuindo para a continuidade da amamentação e para a redução do desmame precoce, além de melhorar a satisfação materna relacionada à amamentação (BRASIL, 2009). Com base nisso, as instituições de saúde vêm atuando no sentido de estimular as mulheres, desde o início, o contato precoce na primeira hora de vida com as mães para que elas amamentem e tenham maiores chances de manter a amamentação exclusivamente durante 6 meses seus filhos (GAVINE et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2012; WHO, 2008).

A partir da explicitação dos princípios, dos pressupostos, das diretrizes e do modelo lógico da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, há necessidade de instituir práticas sistemáticas de monitoramento e de avaliação que consolidem, revisem, atualizem e contribuam para a tomada de decisão nos diferentes âmbitos do sistema de saúde corresponsáveis pela Política.

Estudos têm mostrado o impacto das práticas associadas ao parto e ao nascimento diretamente sobre a incidência e duração do AME (ROCCI; FERNANDES, 2014). Porém, caso a amamentação se torne uma prática dolorosa para a puérpera e gere ansiedade, essa experiência não vai contribuir para a duração do aleitamento exclusivo, além de somar a fatores sociais e culturais que podem caracterizar o desmame precoce (MOORE et. al, 2016).

Em relação à assistência, a participação da família/controle social na gestão local é uma forma de incentivo a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias,

entendidas como direito de cada cidadão e como potencial de qualificação e humanização da assistência (BRASIL, 2017).

A qualidade na assistência, nesse contexto, é: chamar a mulher pelo nome; permitir que ela identifique cada membro da equipe; informar a gestante sobre os procedimentos realizados; esclarecer suas dúvidas; aliviar suas ansiedades; orientar e incentivar o aleitamento materno, desde o nascimento, cuidados com recém-nascido, fazendo luz ao movimento de humanização da assistência no parir (BRASIL, 2017). Durante o pós-parto, o período de estadia e de recuperação da mulher no Alojamento Conjunto e/ou Unidade Neonatal diminui se considerar que humanizar a assistência obtida, permeando todos os setores hospitalares, desde o acolhimento da mulher ao parto até o momento de alta de mãe-filho, sendo assim, haverá melhora direta à saúde da mãe e do RN (BRASIL, 2016).

Em se tratando do movimento de humanização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, no Brasil, esse foi impulsionado a décadas atrás, quando alguns profissionais começaram a oferecer uma assistência diferente da que já estava estabelecida nas instituições, direcionada às mulheres, propondo o cuidado para além das práticas técnicas até então constituídas (SILVA, 2014). Com o decorrer dos anos, surgiram inúmeras tentativas com o objetivo de resgatar o “sentido humano” do parto como a criação, pelo Ministério da Saúde, dos projetos Maternidade Segura, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Rede Cegonha, que reitera a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, o PHPN tem como estratégia garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do atendimento e acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, sob o olhar do direito à cidadania. Tais direitos são fundamentados no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (PASSANHA et al., 2013).

2.1.3 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do planeta (ODS) vem de encontro ao fortalecimento de ações as quais devem ser implementadas nos países que estão compactuados com a melhoria da saúde nas dimensões de visar o enfrentamento das mudanças climáticas e a proteção da sustentabilidade do planeta em conjunto com o desenvolvimento econômico dos países, previstos pelo ODS. Dirigindo a necessidade encontrada na busca de uma sustentabilidade nessas três dimensões, torna-se o foco do tratamento antropocêntrico dos 17 ODS das Nações Unidas (2015). As 169 metas da ODS aparecem como uma “luz norteadora” para os sistemas sociais humanos, não apenas, mas também determinando objetivos e metas

que se estabelecem no auxilio as nações, em trabalhar de forma organizada a fim de buscar o bem-estar da humanidade (CAISAN, 2016). Ademais, convém destacar os inúmeros benefícios que o aleitamento traz dentro dos 17 ODS, trazidos no documento de “Aleitamento materno: presente saudável, futuro sustentável”: enfretamento da pobreza; acabar com a fome; boa saúde e bem estar para todos; redução das desigualdades e paz e justiça para todos (BRASIL, 2016).

> ODS 1- Enfrentar a pobreza: O leite materno é um alimento barato para os bebês e as crianças de primeira infância. É acessível para todos e não se torna um peso para o orçamento familiar. Na sua ausência, a aquisição da alimentação artificial custa de 15 a 35% do salário mínimo. Famílias de baixa renda terão dificuldades em manter esse gasto para alimentar apenas um de seus membros.
>
> ODS 2- Acabar com a fome: O aleitamento materno exclusivo por 6 meses e sua continuidade por dois anos ou mais fornecem nutrientes de alta qualidade. Ao se adequar nutricionalmente com a idade da criança, o leite materno ajuda a prevenir a fome, a desnutrição e a obesidade. A amamentação é chave da segurança alimentar para a criança pequena.
>
> ODS 3- Boa saúde e bem estar para todos: Bebês não amamentados adoecem 68 vezes mais que os amamentados. O aleitamento materno protege significativamente a saúde e a sobrevivência de bebês e de crianças pequenas. Na vida adulta, os que foram amamentados tem menos chance de desenvolver obesidade, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. A amamentação também ajuda a preservar a saúde e o bem-estar das mães, tanto em curto como em longo prazo.
>
> ODS 6- Água potável e saneamento: A amamentação sob livre demanda fornece toda a água que um bebê necessita, inclusive no verão. Em contraste, a alimentação artificial, para se tornar segura, requer uma enorme quantidade de água potável, tanto para o preparo das refeições lácteas, como para a higiene dos utensílios.
>
> ODS 7- Energia limpa: A amamentação reduz o consumo de água, fogo e outros combustíveis usados na moradia e consome pouca energia em comparação com a alimentação com outros leites. A fabricação dos leites, fluidos ou em pó consomem uma grande quantidade de energia.
>
> ODS 8-Trabalho decente e crescimento econômico: Mulheres que recebem apoio de seus empregadores para amamentar desenvolvem uma relação de maior produtividade e lealdade ao emprego. A proteção da maternidade, além de outras políticas trabalhistas, permite que as mulheres conciliem a

amamentação com o trabalho remunerado. Empregos dignos são aqueles que adequam o trabalho produtivo às necessidades do ciclo reprodutivo das mulheres, especialmente importante quando vivem situações difíceis.

ODS 9- Indústria, inovação e infraestrutura: Os incentivos de apoio ao aleitamento materno têm aumentado a participação das mulheres nas empresas e conquistado a fidelidade das funcionárias. Creches perto do local de trabalho, salas de apoio à amamentação e períodos de pausa para amamentar podem fazer uma grande diferença. Empresas que apoiam a amamentação evitam, pelos inúmeros episódios de adoecimento de seus filhos, o absenteísmo e a rotatividade das trabalhadoras, além da elevação dos custos em função dos treinamentos sistemáticos.

ODS10-Redução das desigualdades: A desnutrição é um dos fatores determinantes da desigualdade entre os países. A prática de amamentar ajuda a reduzir a desnutrição e aumenta tanto a sobrevivência como a expectativa de vida dos cidadãos dos países pobres ou em desenvolvimento.

ODS 16- Paz e justiça para todos: A amamentação é consagrada em numerosos acordos internacionais e convenções de direitos humanos. É um dos direitos expressos na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente. As leis e as políticas públicas que protegem e apoiam as mães que amamentam e os bebês amamentados são essenciais para garantir o respeito aos seus direitos.

ODS 17 – Alianças para atingir os objetivos: A amamentação é o pilar da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas. A colaboração multisetorial e uma variedade de parcerias são fundamentais para apoiar o desenvolvimento de programas e iniciativas de promoção do aleitamento materno. As parcerias entre as indústrias produtoras de alimentos e setores da saúde e nutrição costumam envolver conflitos de interesses que acabam por derrubar as ações em prol da amamentação (BRASIL, 2016, paginação única).

2.1.4 Satisfação das usuárias com a assistência à saúde recebida no parto

A prevalência de indagações sobre a satisfação, advindas da população, de médicos e de organizações de saúde tornou-se perceptível que o fornecimento de cuidados médicos exemplares agora não é mais o suficiente para que haja a verdadeira sensação de satisfação dos usuários. De fato, do ponto de vista do cliente, o excelente atendimento médico é o mínimo uma organização de saúde deve fornecer. Entende-se que, no mundo de hoje, o foco da medicina

teve que ampliar consideravelmente e que abranger totalmente a experiência do paciente durante seu tratamento, ou devido a qualquer outro motivo o qual fez com que o usuário tivesse de estar dentro de algum serviço de saúde recebendo cuidados clínicos (PAIM, 2011). Todavia, a importância da experiência do paciente, ou, em outras palavras, a satisfação do paciente é, na verdade, o que realmente precisa ser pesquisado.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, fala-se sobre as expectativas das mulheres e sobre as experiências vividas no momento do parto. A configuração da experiência de trabalho de parto, sob a ótica da mulher e suas expectativas, sejam elas negativas, sejam elas positivas, dentre diversos fatores que influenciam essa mulher na construção dessas mesmas expectativas em relação ao seu trabalho de parto, trouxe um apelo constante na necessidade dos profissionais da saúde de ajudar a mulher a projetar expectativas realistas e positivas (FARLEY et. al., 2014). Essa são múltiplas e diversas em relação à sua experiência de trabalho de parto e parecem ser o resultado dos encontros e dos desencontros do quotidiano pessoal e das constantes revoluções sociais em torno da vida dessas mulheres (FARLEY, et. al., 2014).

A evolução da Enfermagem tem contribuído para uma permanente reflexão sobre a posição do enfermeiro em um contexto social e científico de mudanças. Para oferecer cuidados de enfermagem consistentes, são exigidos dos enfermeiros conhecimentos específicos, um olhar crítico reflexivo sobre as diferentes realidades e o desenvolvimento de competências apropriadas. Dessa maneira, trata-se de uma enfermagem construída sob uma base científica própria para guiar a prática dos cuidados e para desenvolver conhecimentos que permitem novos saberes, novos comportamentos, novos percursos e atuações, na procura de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados (COSTA, 2012).

A proximidade da Enfermagem com os indivíduos permite acompanhar ao longo do seu ciclo de vida, no qual se envolvem em processos dinâmicos de construção e de desenvolvimento pessoal, percurso no qual são confrontados com determinados acontecimentos críticos. Entre esses processos evidenciam-se no ciclo de vida da mulher a maternidade, dentro da qual o trabalho de parto é considerado um evento crítico na transição para o exercício do papel maternal e para o desenvolvimento da identidade materna (MELEIS, et al., 2010; ROLLINS et al., 2016).

Alguns autores consideram que as expectativas da mulher em relação ao trabalho de parto estão diretamente ligadas ao seu bem-estar e ao bem-estar do seu bebê, podendo influenciar, positiva ou negativamente, o modo como o parto é experienciado (ROCCI; FERNANDES, 2014; DREW; SALMON; WEBB, 2015). Entretanto, a percepção da mulher

sobre a sua experiência de trabalho de parto constitui uma variável relevante a se ter em conta na transição para a maternidade, pela possibilidade de uma experiência de trabalho de parto positiva conseguir facilitar o desempenho do papel maternal e o desenvolvimento de uma relação afetiva entre mãe e filho (MELEIS et al., 2010; KLAAS, 2013). A não concretização das expectativas se encontra associada a uma experiência de trabalho de parto menos satisfatória, condicionando o bem-estar no pós-parto, de modo a constituir um fator dificultador da transição para a maternidade (MELEIS et al., 2010). Devido a isso, muitas vezes as mulheres não têm a chance de revelar seus reais desejos e suas condições físicas e emocionais para desenvolver essa função (VEGA; TADDEI; POBLACION, 2014).

Discorrendo um pouco sobre as expectativas em relação a satisfação, podemos destacar algumas teorias como a "teoria da discrepância", a qual está inserida dentro da categorização das teorias de satisfação. Na teoria da discrepância, as expectativas dos indivíduos estão intimamente ligadas à realização das necessidades, dos objetivos e da atenção aos valores, mostrando-se como principais determinantes da satisfação, ou seja, a compreensão de fatores internos dos indivíduos. Dentro da categorização, podemos referir a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow (1943, 1954), a qual diz, portanto, que à medida que as primeiras, ou as necessidades mais básicas, forem satisfeitas, surgirão as necessidades dos níveis seguintes, até atingir as mais elevadas.

Frederick Herzberg et al., (1959), psicólogo clínico norte-americano e professor de Gestão na Universidade de Utah, realizou, na década de 50, uma pesquisa sobre os fatores de motivação no trabalho. Para ele, a satisfação seria determinada por existirem "fatores motivadores", tomados como eficazes para a motivação dos indivíduos para um esforço e desempenho superior, compreendendo realização, reconhecimento, local de atendimento, responsabilidade e crescimento pessoal. A insatisfação seria determinada pela carência ou deficiência de "fatores de higiene", designados por aqueles relativos à remuneração, à supervisão, ao ambiente de atendimento, às políticas da empresa, às condições do local oferecido e às relações interpessoais. Esses primeiros denominam-se por fatores intrínsecos, ou seja, verdadeiros motivadores, por se relacionarem com o desenvolvimento pessoal, e os segundos por fatores extrínsecos, periféricos, ou seja, exteriores à atividade pessoal na medida em que são externos ao indivíduo (HERZBERG, 2003).

Passando para a década de 60, Victor Vroom propõe que o comportamento do indivíduo se regula pelos objetivos ou metas pessoais, com vista ao alcance da realização pessoal (VROOM, 1964). Para Vroom (1964), a motivação define-se por "…produto do valor previsto atribuído a um objetivo pela probabilidade de alcançar esse mesmo objetivo". Portanto, a força

da motivação é o resultado do valor multiplicado pela expectativa, em que o valor é a intensidade da preferência individual de um resultado e a expectativa é a probabilidade de uma determinada ação conduzir ao resultado desejado (TEIXEIRA,2013).

Apesar de uma quantidade considerável de pesquisas, a satisfação é mal definida. Os modelos teóricos sobre a satisfação do paciente, tais como a teoria discrepância, já explicitado e o modelo de valor expectativa (VROOM, 1964), são, então, invocados. Para Lorenzetti e colaboradores (2014), as expectativas constituem um dos fatores determinantes da satisfação dos cidadãos com os cuidados de saúde; definiram satisfação como o resultado de (…) uma equação onde entram as expectativas prévias e a experiência concreta vivenciada. Essa satisfação pode ser vista com um processo cognitivo e emocional, focada nos significados e na importância que é atribuída aos cuidados de saúde (ALDEN, HOA, BHAWUK, 2004). Johansson et al. (2002) descreveram a satisfação como o resultado da relação entre as expectativas do indivíduo sobre os cuidados de saúde e a sua percepção sobre os cuidados prestados. Diante desse contexto, a insatisfação surge quando as expectativas não são atingidas ou cumpridas.

Muitos autores apontam para o aspecto avaliativo de satisfação no parto (LINDER-PELZ, 1982; PASCOE, 1983; BRAMADAT; DRIEDGER, 1993; HODNETT, 2002; FARLEY et al., 2014; RAMHMDANI; BYDON, 2016). A expectativa, como um determinante de satisfação, está relacionada à necessidade do que a mulher acha familiar, o que significa que as expectativas socialmente criadas influenciam no alcance da satisfação (PEREIRA, 2010; BRÁZIO, 2016). Essas se referem a um sistema de papéis socialmente criados. Isto é, a sociedade entende “o papel de uma mulher” que trabalha envolvendo um conjunto de expectativas sobre seu próprio comportamento, assim como o de pessoas em outros papéis, como: a parteira, o parceiro ou o médico. Ao exigir o que se espera de cada papel criado dentro do contexto exigido, uma ordem de expectativas é naturalmente viável e criadas (FREUD, 1980; VALADÃO JÚNIOR et al., 2018). A violação dessas perturba essa ordem e ameaça ambas as auto-avaliações e as relações com os outros, em outras palavras, o desvio do que é esperado cria angústia (BORSA; FEIL, 2008; VALADÃO JÚNIOR, et al., 2018).

A satisfação é um estado de espírito que reflete a avaliação da experiência do parto como um todo em comparação com vários valores e expectativas pré-natais. Se as expectativas forem atendidas, os valores e crenças correspondentes são afirmados. O bem-estar físico e psicológico assume relação com a satisfação conforme é atendido por (LOCKE, 1976; JANZEN et al., 2006; PEREIRA, 2010; BRÁZIO, 2016), citados por Moraes et al. (2018, p. 74), pela razão de a satisfação estar associada à saúde. Assim, pode-se dizer que indivíduos mais satisfeitos

apresentam melhor qualidade de saúde e menor ocorrência de doenças, tanto no que se refere à saúde física quanto à mental.” Por estar dialogando melhor com a teoria de bem-estar físico, mental e social do indivíduo, definido desde 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 1990; BRASIL, 1998; OWH, 1995), será essa linha de satisfação que basearemos a pesquisa, levando em consideração a definição de Locke (1976) e a relação da percepção da mulher durante a experiência de trabalho de parto de Meleis et al. (2010).

Dessarte, a revisão da literatura indica quatro principais determinantes da satisfação do parto: dor de trabalho de parto, controle de pessoal na sala de parto, a auto-eficácia e as expectativas para o trabalho de parto e para o nascimento (MANENTE; RODRIGUES, 2016; ALVES et al., 2017; TORAL et al., 2018).Por isso, é importante explorar as expectativas (LOCKE, 1976; MORAES et al., 2018) das mulheres em relação à experiência de trabalho de parto, utilizando-se da percepção (MELEIS, 2010) delas e de como elas obteriam a satisfação no acolhimento no momento de parir, a fim de compreender como elas podem ser ajudadas a desenvolver as expectativas realistas e identificar esses fatores de modo a capacitá-las para atingir os seus objetivos para o trabalho de parto, possibilitando, em última instância, que usufruam de experiências de trabalho de parto mais satisfatórias e positivas.

Quando questionadas sobre a antecipação da experiência de trabalho de parto, a maior parte das mulheres descreve um conjunto de emoções, que são específicas, , sendo o medo e a ansiedade as mais representativas (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2012). Sendo assim, tratar sobre essas expectativas criadas, por meio do conceito de satisfação, é importante e um fator determinante para entender a qualidade do serviço e a satisfação em relação ao bem-estar da mulher. Sob esse viés, os pesquisadores, como já mostrado, indicam que as expectativas estão relacionadas a vários aspectos do trabalho de parto, tais como: emoções, duração do trabalho de parto, necessidade de intervenções, condições que criança apresenta e apoio do parceiro e da equipe médica (BORSA; FEIL, 2008; VALADÃO JÚNIOR et al., 2018). Para medir a qualidade do atendimento do trabalho de parto das mulheres neste estudo, o instrumento utilizado é o Índice de Bologna por Borsa e Feil (2008) e VALADÃO JÚNIOR et al. (2018), pois dentre seus itens ele permite aferir esses aspectos mencionados.

Embora o cumprimento das expectativas venha recebendo alguma atenção na literatura sobre a satisfação no parto, ainda não foi incluído em um modelo com múltiplos determinantes, exceto pelos autores como Goodman, Mackey e Tavakoli (2004) os quais concluíram exatamente que a satisfação juntamente com a experiência de trabalho de parto foi influenciada pelo fato de as expectativas desenvolvidas terem sido atendidas pelas mulheres.

Em suma, ao longo da gravidez, a mulher constrói um conjunto de expectativas relativas à experiência de trabalho de parto que, embora positivas, quando reportam a disponibilidade do suporte por parte de figuras significativas e dos profissionais da saúde, são menos positivas no que concerne à presença de inquietações, de ansiedades, de medos, de elevada preocupação relativa à severidade da dor, bem como ao seu próprio bem-estar e ao bem-estar do recém-nascido. Assim, mesmo que possam concretizar ou não, sendo realistas ou não, as expectativas desenvolvidas durante a gravidez têm repercussões ao nível da satisfação com a experiência de trabalho departo.

Dessa maneira, de modo a ampliar o conhecimento sobre o como as mulheres integram a sua experiência de trabalho de parto no processo de transição para a maternidade, e a partir das expectativas desenvolvidas durante a gravidez, optou-se pela realização de um estudo quantitativo, a fim de extrapolar os dados de forma a observar um comportamento da população da pesquisa, do tipo descritivo longitudinal, com a finalidade de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados à mulher, contribuindo, por essa via, para uma experiência de trabalho de parto positiva.

Compreende-se, também, que, durante o ciclo gravídico puerperal, a mulher pode vivenciar sentimentos que, de alguma maneira, influenciam no processo de amamentação (MOORE et al., 2016). Sendo assim, a qualidade na assistência ao parto e ao nascimento tem sido apresentada como um período fundamental para a prática do AME uma vez que pode facilitar o início da amamentação. Se a primeira experiência da amamentação é prazerosa e realizada de forma que a mulher se sinta bem e livre para amamentar exclusivamente no peito, haverá garantia a continuação do processo do AME durante os 6 meses preconizados pela WHO, (2015).

Mas ainda há um caminho longo a se percorrer, pois apesar dos programas, dos documentos, das leis e dos planos já descritos até o momento, para que haja mudanças nas políticas e nos programas nacionais no estimulo da AME, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados. Por mais habilidoso que esse profissional seja, os aspectos relacionados à técnica não bastam apenas para auxiliar e manter um apoio à mulher que deseja amamentar, logo o início do manejo da amamentação ainda no hospital também precisa ser abrangente, considerando outros aspectos da mulher: emocionais, culturais e familiares, entendendo que as rotinas hospitalares menos invasivas contribuem para que esse sucesso do AM (AIKEN; THOMSON, 2013).

Este estudo será embasado no referencial teórico dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Determinantes sociais são definidos como as condições de vida e de trabalho dos

indivíduos e de grupos da população que estão relacionadas à situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Já a OMS define como sendo as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; TARLOV,1996).

Para a concretização do estudo, foram entrevistadas mulheres, as quais trouxeram as suas expectativas e as suas experiências de trabalho de parto, após o ocorrido, em alojamento conjunto na maternidade. Além disso, elas também compartilharam suas as experiências em relação ao processo de amamentação no período dos seis primeiros meses.

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar as repercussões da qualidade da assistência ao parto recebida pela mulher durante o aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias de uma maternidade do Sistema Único de Saúde do município de Ribeirão Preto/SP.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar as puérperas participantes do estudo, em termos pessoais, familiares, sociais, econômicos e culturais;

Calcular o Score de Bologna (escore sobre qualidade de atendimento no parto);

Associar o Score de Bologna às variáveis relacionadas à gestação e ao parto;

Verificar a prevalência de aleitamento materno em 30, 60, 120 e 180 dias.

Verificar a existência de associação entre a qualidade da assistência ao parto (Score de Bologna) e o leite materno como único alimento oferecido em 30, 60, 120 e 180 dias.

Materiais e Método

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Contextualizando o estudo

Este estudo está inserido na linha de pesquisa "Assistência à saúde da mulher no ciclo vital" do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. As pesquisas vinculadas a essa linha visam compreender a mulher e sua saúde nas diferentes situações vivenciadas no ciclo da vida, incluindo o período reprodutivo, além de suas interações sociais, políticas e culturais. Os fundamentos teóricos da linha de pesquisa pautam-se na humanização, no gênero, na maternidade segura, nos direitos reprodutivos e na integralidade do cuidado.

Trata-se de um projeto único, idealizado para atender a uma das etapas da formação em pesquisa do enfermeiro, o mestrado acadêmico. Os passos para a concepção e construção do projeto de pesquisa foram respeitados, com ampla revisão bibliográfica, submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e estabelecimento de acordo com o cenário de coleta de dados da pesquisa, o Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM-MATER).

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, observacional e analítico desenvolvido na Unidade de Alojamento Conjunto de uma maternidade pública situada no município de Ribeirão Preto, São Paulo, com abordagem quantitativa.

Esta abordagem possibilita analisar dados objetivos, passíveis de quantificação (GORDIS, 2014). Nos estudos prospectivos, os dados são observados em mais de uma ocasião, medidos e coletados em vários momentos. Esse tipo de estudo permite investigar variações globais ou individuais ao longo do tempo (PEREIRA, 2008).

4.3 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido no alojamento conjunto do CRSMRP-MATER, no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, com início em janeiro de 2019 com término em dezembro de 2019, sendo dividido em duas fases para cada participante. Em relação às fases: a primeira de captação das participantes elegíveis para o estudo com a aplicação dos questionários sociodemográficos e de características obstétricas, e também a aplicação do instrumento de qualidade de assistência ao parto por meio do "score de Bologna"(CHALMERS; PORTER, 2001); a segunda, foi a aplicação do outro instrumento "Inquérito Alimentar"(SILVA, 2007) construído para medir a continuidade do aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida da criança.

O CRSMRP-MATER compõe os serviços da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo. Desde o ano de 2009, está sob a administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP) com interveniência da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA). É campo de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade da área materno-infantil da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. O CRSMRP-Mater consolidou sua atuação como referência regional na atenção à mulher, criando modelos multiprofissionais de assistência em consultas ambulatoriais, em procedimentos cirúrgicos, em internação, em atendimentos aos partos de gestação de baixo e médio risco, em internação ginecológica e obstétrica em caráter de urgência ou emergência, em exames especializados e em assistência a situações especiais, como às adolescentes e ao planejamento familiar. Esse serviço atende Ribeirão Preto e outros 26 municípios que integram o DRS XIII, cobrindo um público alvo estimado de 1.400.000 habitantes (HC-FMRP-USP. 2020). Além disso, o CRSMRP-MATER integra a suas funções o Projeto Nascer da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, que objetiva acompanhar as gestantes que realizam pré-natal na rede básica de saúde a partir da 36ª semana de gestação nos hospitais da rede pública até a resolução da gravidez (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

4.3.1 População de referência

Puérperas internadas na unidade de alojamento conjunto do CRSMRP-MATER que foram admitidas na instituição para resolução da gravidez.

4.3.2 Critérios de inclusão

Puérperas que deram à luz a recém-nascidos a termo, vivos, no centro obstétrico do CRSMRP-MATER independente do tipo departo.

Puérperas que deram à luz a recém-nascidos a termo, vivos, no centro obstétrico do CRSMRP-MATER independente do tipo de parto e que manifestem intenção de amamentar seu filho.

Puérperas que deram à luz a recém-nascidos a termo, vivos, no centro obstétrico do CRSMRP-MATER independente do tipo de parto, que manifestem intenção de amamentar seu filho e que disponham de telefone celular ou fixo que receba chamadas.

4.3.3 Critérios de exclusão

Puérperas com intercorrências pós-parto que impeçam a amamentação.

Puérperas que apresentaram condições de saúde que contraindicavam a amamentação.

Puérperas com deficiência auditiva, visual ou cognitiva que impediriam a aceitação em participar da pesquisa, bem como as puérperas desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa.

4.4 Processo de amostragem

A amostra foi obtida pelo processo de amostragem aleatória simples.

O tamanho da amostra foi estimado por meio do cálculo amostral com base em dados do relatório anual da referida maternidade. Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada a população finita de 2.579 mulheres que deram à luz no CRSMRP-MATER no ano de 2018 e a prevalência de aleitamento exclusivo de 95% no momento da alta da maternidade para casa dados estes disponibilizado e obtido do Relatório Anual de Enfermagem do CRSMRP-MATER de 2018, fornecido no ano da pesquisa em janeiro de 2019. Em adição, será considerado o erro amostral de 5%, o nível confiança de 95% e uma perda de 10% no cálculo amostral. Para a realização da pesquisa, obtivemos um n final=112 mulheres.

4.4.1 Instrumentos de coleta dos dados

Para a coleta dos dados, utilizamos três instrumentos, descritos, a seguir, conforme a ordem de aplicação.

I. Instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e obstétrica (Anexo A): possui 31 questões estruturadas e foi elaborado e validado por Meira (2013). As variáveis sociodemográficas e econômicas abordadas no instrumento incluem: data de nascimento; cor auto referida; escolaridade; religião; ocupação; estado civil; estado marital; situação de moradia; renda familiar em salários mínimos. Além disso, as variáveis obstétricas abordadas no instrumento incluem: alguém que ajudará com os cuidados do bebê; quem ajudará com os cuidados do bebê; número de gestações; número de partos; número de abortos; número de filhos vivos; gestação atual planejada; idade gestacional do início do pré-natal em semanas; número de consultas pré-natal; intercorrências na gestação atual e qual tipo; intercorrências no parto e qual; intercorrências no pós-parto e qual; sexo do recém-nascido; peso do recém-nascido no nascimento (em gramas); realizou amamentação na 1ª hora pós parto; e tipo de aleitamento no momento da coleta de dados.

II. Índice de Bologna (IB) (Anexo B): instrumento de domínio público foi desenvolvido, em 2000, em Bologna, na Itália, sendo utilizado para o acompanhamento e para

a avaliação da assistência perinatal (CHALMERS; PORTER, 2001), utilizada por Sandin-Bojo; Kvist (2008), Giglio; França; Lamounier (2011) Carvalho; Brito (2016). O índice de Bologna foi o instrumento utilizado para avaliar a assistência ao parto e para compreender três indicadores. O Indicador A verifica a porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetido à cesariana eletiva. O Indicador B verifica a porcentagem de mulheres atendidas por um profissional de saúde. O Indicador C apresenta cinco questões: 1) presença de um acompanhante no parto; uso do partograma; 2) ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa de fundo uterino) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcipe e/ou vácuo extrator); 4) parto na posição não supina; e 5) contato pele a pele entre mãe e filho, (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento). Para cada variável é atribuída a nota "1", se presente, e "0", se ausente, e o valor do índice é obtido por meio do somatório de todas as variáveis. O valor "0" indica a menor qualidade e "5", a maior qualidade (CHALMERS; PORTER, 2001; SANDIN-BOJO; KVIST, 2008; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher, este para os casos em que a frequência esperada foi menor que 5, compararam as diferenças observadas entre as puérperas quanto à paridade. Por meio dos resultados obtidos a partir do índice de Bologna (Indicador C), a qualidade foi avaliada da seguinte maneira: quanto mais próximo de 5, melhor a qualidade, e quanto mais próximo de 0, pior a qualidade. Sendo assim, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para comparar as médias obtidas nos dois grupos de puérperas considerou-se em todos os testes estatísticos nível de significância igual a 5%.

Para este estudo e para a realização da possível comparação da qualidade com a continuidade do aleitamento materno exclusivo, foram estabelecidos dois grupos em que os que se enquadrarem no score de Bologna, obtido entre os intervalos de 0-2(zero à dois), serão correspondentes a um parto mal conduzido e os que se enquadrarem dentro do intervalo de 3-5(três a cinco) serão correspondentes à efetiva condução do parto.

III. **Inquérito alimentar** (Anexo C): O terceiro instrumento de coleta de dados foi adaptado do questionário desenvolvido por Silva (2007) e utilizado por Monteiro (2008) e Conde (2016). Conta com nove questões referentes à alimentação oferecida à criança (aleitamento materno e/ou alimentação complementar) e às intercorrências durante o período de amamentação. São sete questões fechadas e duas questões abertas. Esse instrumento foi utilizado para coleta de dados por meio de busca fonada, realizada para os fins deste estudo em 30, 60, 120 e 180 dias após o parto. A busca fonada nestes períodos é justificada pela a literatura científica, a qual evidencia que o primeiro mês pós-parto é marcado por dificuldades e obstáculos vivenciados pela mãe; já o segundo mês é o período em que se pode avaliar se houve

a superação dessas dificuldades, assim aos seis meses é possível avaliar se houve a manutenção do aleitamento materno exclusivo pelo tempo recomendado pela OMS (CARRASCOZA, 2005).Incluímos neste estudo mais uma abordagem aos 120 dia pós-parto, para que não haja um período muito extenso sem contato com as mulheres no esforço de não perdemos número da amostra pelo tempo prolongado sem contato.

Houve coleta de dados complementares no prontuário da participante.

4.4.2 Banco de Dados

Optamos pela utilização do RedCAP™ (Research Electronic DataCapture), uma ferramenta facilitadora para construção de formulários eletrônicos e bancos de dados, desenvolvida para pesquisa pela Universidade de Vanderbilt em 2004. As principais características do RedCAP™ são: ser baseado na Web; poder ser utilizado por várias plataformas, com segurança da informação, controle de usuários, controle de qualidade na inserção de dados e possibilidade de acesso por todo tipo de dispositivo eletrônico; ser customizável, com possibilidade de construção de vários tipos de questionários; facilitador na exportação dos dados para programas estatísticos; ter um time de suporte na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP).

Foi criado na plataforma RedCAP™ um banco de banco de dados, com o nome de "**Aleitamento materno e qualidade de assistência**", contendo um questionário para coleta dos dados da pesquisa. Tal documento contém os três instrumentos de coleta de dados utilizados nesta pesquisa.

4.4.4 Procedimentos para coleta de dados

As puérperas foram abordadas no alojamento conjunto do CRSMRP-MATER. Nesse momento, a pesquisa lhes foi apresentada e realizado o convite para a participação livre e consente após os esclarecimentos dos procedimentos para a coleta dos dados durante o período de desenvolvimento. As convidadas que aceitaram participar e que atenderam aos critérios de inclusão foram recrutadas e, para isso, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). No caso da convidada ter idade inferior a 18 anos e ser participante da pesquisa, seu responsável legal presente, consentiu a participação da menor em questão, bem como assinou o TCLE do responsável legal (Apêndice B) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) por ela. Quaisquer dos documentos de concordância em participar, foram assinados em duas vias originais, de modo que uma ficou com o pesquisador.

Na primeira etapa da coleta de dados, foram utilizados os instrumentos de caracterização sociodemográfica, econômica e obstétrica e o Índice de Bologna. As informações foram

fornecidas pela participante e complementadas com informações do prontuário. Destes, foram utilizadas as variáveis: presença do partograma, uso de medicamentos e analgesia durante o segundo estágio do parto, índice de Apgar, peso ao nascer, uso de antibióticos e de ocitócitos no pós-parto.

A primeira fase foi realizada no período de janeiro a março de 2019, no Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM-MATER), quando as mães admitidas no alojamento conjunto da CRSM-MATER e as quais preencheram os critérios estabelecidos foram convidadas a participar do estudo, totalizando uma amostra final de 112 mulheres. A coleta dos dados foi realizada em todos os dias da semana, no período da manhã e da tarde, conforme a rotina do serviço, e respeitando a vontade das participantes. A duração total aproximada das entrevistas foi de 25 minutos. Os dados obtidos nas entrevistas e nos prontuários foram integrados em um banco de dados único, sendo ele o *REDcap*™, questionário estruturado on-line que faz parte do programa de Captura de Dados de Pesquisa Eletrônico (Research Electronic Data Capture -REDCap).

A segunda fase foi desenvolvida concomitante com a primeira, do período de fevereiro de 2019 a janeiro de 2020. Nessa etapa da coleta de dados, foi realizado o contato com a participante via telefone, em 30, 60, 120 e 180 dias após o parto, a fim de identificar a alimentação oferecida à criança, questionamento o qual foi acompanhado do terceiro instrumento de coleta de dados: o inquérito alimentar (Anexo C). As informações telefônicas foram fornecidas pelas participantes durante a aplicação do primeiro instrumento de coleta, e confirmadas posteriormente a cada ligação, com o intuito de prevenir perdas devido a trocas do número de telefone. Quando a participante não foi encontrada, foram realizadas até três tentativas em dias e horários diferentes antes de ela ser excluída da pesquisa.

As entrevistas realizadas pela busca ocorreram via aplicativo Whatsapp®. Após obter o consentimento registrado, mediante o primeiro contato com as mulheres no momento da entrevista, dois entrevistadores utilizaram um questionário estruturado on-line que faz parte do programa de Captura de Dados de Pesquisa Eletrônico (Research Electronic Data Capture - REDCap), o qual consiste em um sistema on-line para o gerenciamento e construção do banco de dados (HARRIS et al., 2009).

4.5 Treinamento e estudo-piloto

Para o trabalho de campo, foi selecionada, além da pesquisadora, 1 (uma) entrevistadora, aluna do 2° ano do curso de bacharelado em enfermagem até o momento da realização do estudo vinculada à EERP-USP.

Na primeira quinzena do mês de dezembro de 2018, realizamos um treinamento para operacionalizar a coleta dos dados e para evitar vieses entre a entrevistadora e a pesquisadora. Nesse momento, houve a instrução e avaliação quanto à aplicação dos instrumentos e ao processo de seleção e recrutamento das participantes. As dúvidas e dificuldades foram esclarecidas pela pesquisadora responsável.

O estudo-piloto ocorreu na primeira quinzena do mês de dezembro de 2018, com o objetivo de definir a operacionalização da coleta dos dados, de identificar dificuldades, além de aperfeiçoar a aplicação dos instrumentos. Para tanto, entrevistamos 12 puérperas que passaram pela assistência ao parto na maternidade do CRSMRP-MATER. Nesse instante, seguimos os critérios adotados para o estudo e respeitamos os aspectos éticos relativos às pesquisas com seres humanos. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 25 minutos.

O teste-piloto permitiu-nos vislumbrar a necessidade de alguns ajustes metodológicos e operacionais no estudo, como:

- ✓ Realização da coleta dos dados: Preferivelmente realizar a coleta de dados durante o período da tarde, ao invés do período matutino, por questão das rotinas serem mais exaustivas em relação à assistência prestada à mulher e ao recém-nascido, como, por exemplo, a rotina de avaliação da enfermagem às puérperas e o auxilio da puérperas nos banhos dos recém-nascidos nesse período, avaliação da equipe multiprofissional em relação as mulheres e recém nascidos internados na instituição, assim como início de visitas e familiares.
- ✓ Convite para participar do estudo: durante o estudo-piloto, o convite para as puérperas no período matutino foi em menor frequência, pois geralmente elas se encontravam sonolentas ou descansando. Tornou-se, então, mais viável realizar a entrevista no fim da tarde e início da noite, pelo fato de ser percebido maior disposição e atividades físicas e mentais demostradas pelas mulheres.
- ✓ Uso dos equipamentos eletrônicos: como meio de otimização das entrevistas, utilizamos neste estudo o recurso do *REDcap*™. Este pode ser utilizado por meio de aparelhos eletrônicos, como os que usamos, um *tablet* e o próprio celular *smartphone*, os quais suportavam a instalação do aplicativo do sistema *REDcap*™. Percebemos que foi melhor deixar o aplicativo aberto para uso, pois para utilização inicial era necessário o uso da internet, a qual era limitada e de baixa qualidade nas dependências da maternidade. Nesse sentido, reforçamos que o uso da internet era apenas para realizar a abertura inicial do aplicativo, para que houvesse o carregamento dos dados atualizados, porém durante o uso dos instrumentos na realização das entrevistas não era

necessariamente um requisito tê-la em uso, conforme dispõe o manual de utilização do aplicativo *REDcap*™.

Novo treinamento foi realizado entre as entrevistadoras para esclarecer dúvidas e dificuldades relacionadas à aplicação dos instrumentos e ao recrutamento das participantes.

Percebemos, na fase do projeto piloto, que o formulário utilizado para a coleta de dados, *o REDcap*™ continha filtros para evitar a falta de informações ou inconsistências. Os dados foram coletados diretamente no formulário eletrônico, sistema *REDcap*™, que avaliava anomalias ou inconsistências nos dados, imediatamente durante o seu uso e possuía mecanismos de alerta e de impedimento de continuidade da entrevista, até que fossem feitos os devidos ajustes e reparos nas informações pelas pesquisadoras. Tais características possibilitaram verificar possíveis erros que os filtros não seriam capazes de mostrar.

Os entrevistadores preenchiam os dados no sistema ao mesmo tempo em que faziam as entrevistas.

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Variáveis desfecho

Duração do aleitamento materno exclusivo: consideramos os dias exatos ou aproximados de aleitamento materno exclusivo, direto no peito ou oferecido de outra maneira. Esta variável será tratada de forma contínua em dias.

4.5.2 Variáveis preditoras

Os instrumentos aplicados no estudo destacaram as seguintes variáveis:

4.5.3 Variável preditora principal

Qualidade da assistência oferecida: A pontuação de Bologna é constituída por cinco medidas: 1) Presença de acompanhante durante o parto; 2) Presença de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcipe e/ou vácuo extrator); 4) Ocorrência de parto em posição não supina; 5) Existência de contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento). As cinco medidas foram agrupadas para uma única variável denominada “qualidade da assistência. Para cada medida é atribuída uma pontuação: “1”, se presente, e “0”, se ausente. Como resultado final, tem-se a somatória das pontuações de todas as medidas. A pontuação máxima “5” corresponde à efetiva condução do parto, e a pontuação “0” corresponde a um parto mal

conduzido. Pontuações entre esses limites correspondem às variações da qualidade de assistência. A variável dicotômica: “sim”; “não” (presente, ausente).

4.5.4 Variáveis preditoras de ajuste

- **Data de nascimento:** auto referida pela participante; contida em prontuário da paciente, foi inserido como Dia/Mês/Ano de nascimento.
- **Idade da participante:** anos completos. Calculada a partir das datas de nascimento (registrada em documento de identidade, certidão de nascimento ou casamento) e da entrevista. Foi inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Cor auto referida:** característica declarada pela participante, depois de apresentada a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): “branca”; “preta”; “amarela”; “parda”; “vermelha” (indígena).
- **Escolaridade:** número de anos completos na escolaridade formal, considerando a última série concluída com aprovação. Será inserida no modelo de regressão linear múltipla como variável contínua.
- **Interrupção dos estudos por motivo da gravidez atual**: Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Religião:** variável classificada em quatorze categorias: “católica”; “evangélica”; “protestante”; “judaica”, “afro-brasileira”, “budista”, “muçulmana”, “testemunha de jeová”, “anglicana”, “agnóstico”, “ ateu”, “crê em Deus, mas não tenho religião”, “não tem” e “outras”.
- **Ocupação:** variável classificada em cinco categorias: “realiza trabalho remunerado fora do lar”; “não realiza trabalho fora do lar”; “mercado formal”; “mercado informal” e “outra”.
- **Estado marital:** variável classificada em quatro categorias: “solteira”; “casada”; “viúva”; “divorciada/separada”, “outra”.
- **Situação de moradia:** Local onde a participante mora no período de gravidez atual. Variável classificada em cinco categorias: “própria”; “alugada”; “emprestada”; “invadida”, “outra”.
- **Renda familiar mensal:** em salários-mínimos. Soma dos rendimentos mensais dos componentes da família no mês que antecedeu à entrevista, segundo informações da participante. O salário-mínimo de referência para o ano de 2018 foi de R$924,00. Será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.

Ajuda com os cuidados do bebê: Fruto do parto atual do ano da pesquisa. Variável dicotômica: “sim”; “não”.

Quem irá ajudar nos cuidados do bebê: Variável classificada em seis categorias. “marido/companheiro”; “mãe”; “sogra”; “outro familiar”; “amiga”; “outros”, “não se aplica”.

4.6 Características Obstétricas

- **Número de gestações:** número de gestações totais da participante. Será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Número de partos:** número de partos totais da participante. Será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Número de abortos:** número de abortos totais da participante. Será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Número de filhos vivos:** número de filhos vivos da participante. Será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Planejamento da gestação atual:** verificou-se a participante planejou a atual gestação. Variável dicotômica: “sim”;“não”.
- **Idade gestacional no inicio do pré natal:** Será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Número de consultas de pré-natal:** número total de consultas realizadas pela participante de pré-natal até o momento do parto. Será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Intercorrência na gestação atual:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Data do parto.** Auto referida pela participante e contida em prontuário da paciente. Foi inserido como Dia/Mês/Ano de nascimento.
- **Tipo de parto.** verificamos qual via de parto foi realizado na participante, para o nascimento do bebê atual. Classificada em três categorias: “normal”; “cesáreo”, “fórcipes”.
- **Intercorrência no parto atual:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Quais intercorrências no parto atual:** Será inserida no modelo de regressão linear múltipla como variável contínua.
- **Intercorrência no pós parto atual:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Quais intercorrências no pós parto atual:** Será inserida no modelo de regressão linear múltipla como variável contínua.

- **Sexo do recém-nascido:** Variável dicotômica: “feminino”, “masculino”.
- **Peso do recém-nascido no momento do nascimento em gramas:** será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Realizou amamentação na primeira hora pós parto:** Variável classificada em três categorias. “sim; “não”, “não sei”.
- **Aleitamento no momento da coleta de dados:** Variável classificada em quatro categorias.: “aleitamento materno exclusivo”; “aleitamento materno predominante”; “aleitamento materno misto”, “não está amamentando”.

4.6.1 Escore de Bologna

Indicador A: _____

- **Semana de gestação:** Variável classificada em três categorias. “menos que 37 semanas”; “entre 37 semanas e 42 semanas”, “mais que 42 semanas”.
- **Paridade:** Variável classificada em três categorias. “primípara “; “multípara”, “primípara obstétrica (primípara de parto normal)”.
- **Habito de fumar:** Variável classificada em três categorias. “nunca”; “ de 1 a 9 cig/dia”, “mais que 10 cig/dia”.
- **Comprimento do recém-nascido em centímetros:** será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **Na admissão para a maternidade a mulher estava em trabalho de parto ativo:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Na chegada da maternidade a mulher foi considerada baixo risco:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Inicio de trabalho de parto:** Variável classificada em três categorias: “admitida em trabalho de parto espontâneo”; “cesariana eletiva”, “indução de trabalho de parto”.
- **Inicio de trabalho de parto:** Variável classificada em três categorias: “admitida em trabalho de parto espontâneo”; “cesariana eletiva”, “indução de trabalho de parto”.
- **A mulher foi assistida por quais profissionais:** Variável classificada em cinco categorias: “enfermeira”; “estudante de enfermagem”; “médico”; “estudante de medicina”, “outros”.
- **Inicio de trabalho de parto:** Variável classificada em três categorias: “admitida em trabalho de parto espontâneo”; “cesariana eletiva”, “indução de trabalho de parto”.
- **A mulher estava acompanhada no trabalho de parto e parto:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.

- **Foi utilizado partograma para acompanhar o trabalho de parto:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **A mulher estava acompanhada no trabalho de parto e parto:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **O nascimento aconteceu sem intervenção (Estimulação artificial do trabalho de parto, pressão uterina, ou cesariana):**Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **A mulher deu a luz em posição litotômica:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **A criança foi colocada em contato pele a pele durante pelo menos trinta minutos no prazo de uma hora após o parto:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.

4.6.2 Itens específicos

- **Realizado episiotomia na participante:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Apgar no quinto minuto:** será inserida no modelo de regressão logística múltipla como variável contínua.
- **A mãe estava bem após o nascimento da criança:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **A bebê estava bem após o nascimento:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Houve hemorragia pós parto, superior a 500ml:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.
- **Você julga este parto como normal:** Variável dicotômica: “sim”; “não”.

4.7 Processamento e análise dos dados

Os instrumentos preenchidos foram numerados de acordo com a ordem de participação, por meio de um ID. Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no REDcap^{TM}, por meio de digitação única. O projeto é desenvolvido por intermédio da plataforma do Research Electronic Data Capture (REDCap). Nesse contexto, os questionários e os instrumentos já mencionados foram inseridos pela própria pesquisadora, para que as questões realizadas pela população pudessem ser diretamente integradas ao sistema do redcap e categorizadas simultaneamente em dados, dispensando dupla digitação.

As análises descritivas foram apresentadas de acordo com o tipo de variáveis. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas (%). Média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo foram calculados para as variáveis quantitativas.

A associação entre variáveis qualitativas foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher conforme a distribuição dos valores esperados.

Para as variáveis quantitativas, o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para avaliar a normalidade dos dados. Após o teste, optamos pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney para a comparação de dois grupos independentes ou pelo teste de Kruskal-Wallis para comparação de 3 ou mais grupos. Em relação à comparação da mudança em grupos dependentes, ela foi realizada pelo teste de McNemar sob a hipótese nula que não existe mudança entre os momentos. Para ilustrar, gráficos de barras e linhas foram construídos para apresentação de variáveis de interesse.

O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes de hipóteses. As análises foram realizadas no software SPSS Statistics versão 25 ©.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida dentro dos padrões éticos. Para tanto, seguimos as normas e as diretrizes regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor.

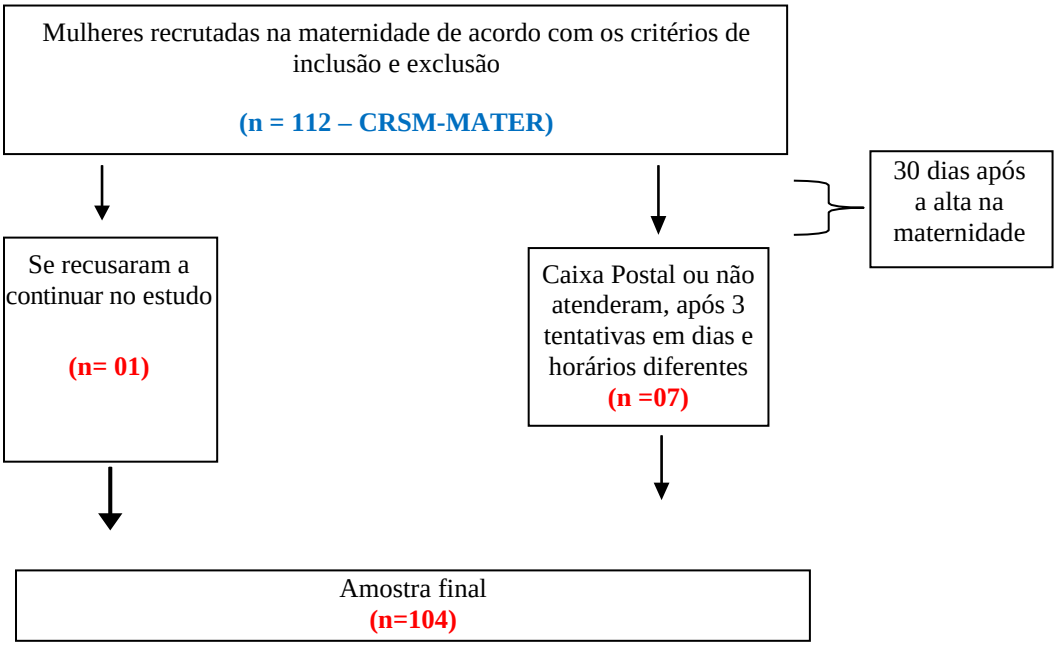
O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do CRSMRP-MATER e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP/USP (Apêndice D).

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do TCLE pelas participantes ou pelo responsável legal da participante, no caso de ser menor de 18 anos. Uma via assinada ficou com a pesquisadora e outra com a entrevistada e ou com seu responsável legal.

Para resguardar a segurança das participantes e para melhorar a qualidade dos dados, garantimos o anonimato, a privacidade, a confidencialidade e o direito à recusa em participar do estudo, sem que isso interferisse no acompanhamento das puérperas na maternidade. Temos a responsabilidade de assegurar que a pesquisa não levará a participante a sofrer danos e traumas adicionais e respeitaremos suas escolhas e decisões.

Participaram deste estudo, ao final, 104 mulheres. Houve uma perda de 8 mulheres durante as entrevistas telefônicas, por motivo de não aceitação de continuidade da pesquisa e/ou número inexistente ou errado. Abaixo, há a representação do fluxograma da coleta de dados desde o recrutamento até a fase final das entrevistas e os motivos das perdas ocorridas.

Fluxograma 1– Processo de seleção das puérperas – Ribeirão Preto, Brasil, 2019



Fonte: Elaborado pelo autor.

Resultados

5. RESULTADOS

Foram incluídas neste estudo um total de 104 mulheres, com idade média de aproximadamente 27 anos (variando de 15 a 42 anos), mais da metade era da cor branca, ensino fundamental completo (51,9%) e com até dois salários mínimos como renda familiar (69,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características epidemiológicas das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

Característica		**n = 104** **n (%)**	**Missing**
Idade (anos)	Média (DP)	26,9 (6,1)	0
	Mediana (mín-máx)	26 (15-42)	
Cor	Branca	53 (51,0)	0
	Preta	20 (19,2)	
	Parda	31 (29,8)	
Escolaridade	Analfabeta	1 (1,0)	0
	Ensino fundamental incompleto	20 (19,2)	
	Ensino fundamental completo	6 (5,8)	
	Ensino médio incompleto	18 (17,3)	
	Ensino médio completo	54 (51,9)	
	Ensino superior incompleto	1 (1,0)	
	Ensino superior completo	4 (3,8)	
Parou de estudar por causa da gravidez	Não	84 (80,8)	0
	Sim	20 (19,2)	
Religião	Católica	40 (38,5)	0
	Evangélica	27 (26,0)	
	Espírita	6 (5,8)	
	Crê em Deus, mas não tem religião	4 (3,8)	
	Ateu	2 (1,9)	
	Não tem religião	25 (24,0)	
Ocupação	Do lar	61 (58,7)	0
	Trabalha fora do lar	43 (41,3)	
Estado marital	Solteira	32 (30,8)	0
	Casada	35 (33,7)	
	Amasiada	35 (33,7)	
	Divorciada/Separada	1 (1,0)	
	Outros	1 (1,0)	
Situação de moradia	Alugada	52 (50,0)	0
	Emprestada	13 (12,5)	
	Próprio	38 (36,5)	
	Outro	1 (1,0)	
Renda familiar (R$)	Até 2 SM	53 (69,7)	28
	3 ou mais SM	23 (30,3)	

DP: desvio padrão; mín: valor mínimo; máx: valor máximo; R$: Reais SM: salário mínimo.

Das mulheres entrevistadas, 91,3% afirmou que alguém ajudaria com os cuidados do bebê, 51% indicou que a gravidez foi planejada e metade delas teve intercorrências durante a gestação atual. Ainda sobre as respostas, o parto normal foi o mais frequente e 43,3% das mulheres apresentaram intercorrências no parto. Por outro lado, 13,5% apresentou intercorrências no pós-parto (Tabela 2).

Outrossim, foi possível observar que 66,3% delas realizaram amamentação na 1ª hora pós-parto. No momento da entrevista, 91 delas (87,5%) realizavam aleitamento materno exclusivo e somente uma mulher não estava amamentando.

Tabela 2 - Características clínicas da gestação e dos recém nascidos das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

Característica		**n = 104** **n (%)**
Consumo de tabaco	Nunca fumou	83 (79,8)
	1-9 cigarros/dia	18 (17,3)
	≥10 cigarros/dia	3 (2,9)
Alguém ajudará com os cuidados do bebê	Não	9 (8,7)
	Sim	95 (91,3)
Gestação atual foi planejada?	Não	51 (49,0)
	Sim	53 (51,0)
Intercorrências na gestação atual	Não	52 (50,0)
	Sim	52 (50,0)
Tipo de parto atual	Cesárea	28 (26,9)
	Normal	76 (73,1)
Intercorrências no parto	Não	59 (56,7)
	Sim	45 (43,3)
Intercorrências no pós-parto	Não	90 (86,5)
	Sim	14 (13,5)
Sexo do recém nascido	Masculino	54 (51,9)
	Feminino	50 (48,1)
Realizou amamentação na 1ª hora pós-parto	Não	30 (28,8)
	Sim	69 (66,3)
	Não sabe	5 (5,8)
Aleitamento no momento da coleta de dados	Aleitamento materno exclusivo	91 (87,5)
	Aleitamento materno predominante	7 (6,7)
	Aleitamento materno misto	5 (4,8)
	Não está amamentando	1 (1,0)
Paridade	Primípara	16 (15,4)
	Primípara obstétrica (primípara parto normal)	37 (35,6)
	Multípara	51 (49,0)
Nº gestações	Média (DP)	
	Mediana (mín-máx)	2,3 (1,6)
Nº de partos	Média (DP)	2 (1-9)
	Mediana (mín-máx)	2,1 (1,4)
Nº de abortos	Média (DP)	2 (1-7)
	Mediana (mín-máx)	0,3 (0,6)
Nº de filhos vivos	Média (DP)	0 (0-3)
	Mediana (mín-máx)	2,1 (1,3)
Nº de consultas de pré-natal	Média (DP)	2 (1-7)
	Mediana (mín-máx)	9,5 (2,7)
Peso do recém-nascido no nascimento (gr)	Média (DP)	10 (2-15)
	Mediana (mín-máx)	3240,13 (516,92)
		3185 (1935-4645)

DP: desvio padrão; mín: valor mínimo; máx: valor máximo; R$: Reais SM: salário mínimo.

O Score de Bologna foi calculado a partir de cinco itens relacionados com avaliação da assistência ao parto. Esses tópicos são apresentados na Tabela 3. Do total de mulheres

entrevistadas, 90,4% estavam acompanhadas por um parceiro, parente ou outra pessoa. A utilização do partograma foi apresentada por 92,3% das gestantes. O nascimento sem intervenção foi observado em 54,8%. A posição sentada, ajoelhada, de quatro, de pé ou na posição lateral durante o parto foi de 32,7%, e 44,2% das mulheres falaram que a criança foi colocada pele-a-pele durante pelo menos 30 minutos no prazo de uma hora após o parto.

O Escore de Bologna varia de 0 a 5 e, no grupo estudado, o escore médio foi de 3,1 – sendo o mínimo valor 1 e o máximo 5.

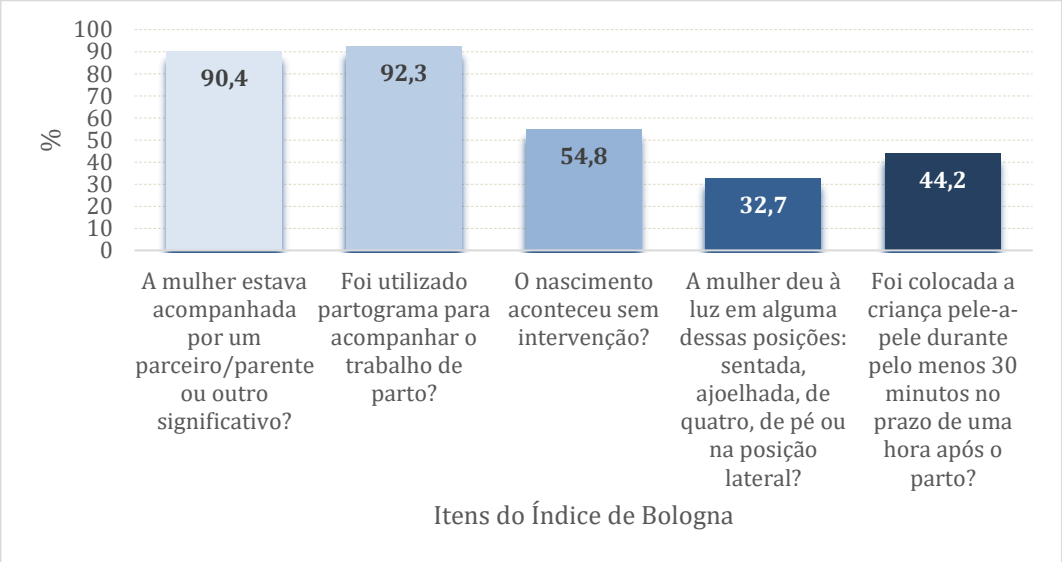
Tabela 3 - Itens do Escore de Bologna das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

Item	n (%)
A mulher estava acompanhada por um parceiro/parente ou outro significativo?	94 (90,4)
Foi utilizado partograma para acompanhar o trabalho de parto?	96 (92,3)
O nascimento aconteceu sem intervenção?	57 (54,8)
A mulher deu à luz em alguma dessas posições: sentada, ajoelhada, de quatro, de pé ou na posição lateral?	34 (32,7)
Foi colocada a criança pele-a-pele durante pelo menos 30 minutos no prazo de uma hora após o parto?	46 (44,2)
Escore de Bologna	
Média (DP)	3,1 (1,1)
Mediana (mínimo-máximo)	3 (1-5)

DP: desvio padrão.

As porcentagens das respostas por item são apresentadas no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Porcentagem de resposta das participantes do estudo por itens do Score de Bologna, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019



Fonte: elaborado pela autora.

Na aplicação do Escore de Bologna, os resultados encontrados (notas 3 com frequências de 31,7%) demonstram uma variação positiva na qualidade da assistência, correlacionando as

condutas realizadas nos serviços de assistência ao parto, por exemplo, a alta frequência de mulheres acompanhadas por parceiro ou pessoa significativa(90,4%), além da utilização do partograma(92,3%) e do nascimento sem intervenções consideradas excessivas(54,8%), sugerem a utilização das recomendações da OMS.

As notas 2 (com frequências de 30,7%) mostram o déficit na assistência. Com relação à atuação efetivada nos serviços de assistência ao parto, a alta frequência do repetido uso da posição supina para parir foi de 67,2% (70) e o contato pele a pele materno não ocorre em 55,6%(58) dos partos, sugerindo a não utilização das recomendações nesses quesitos.

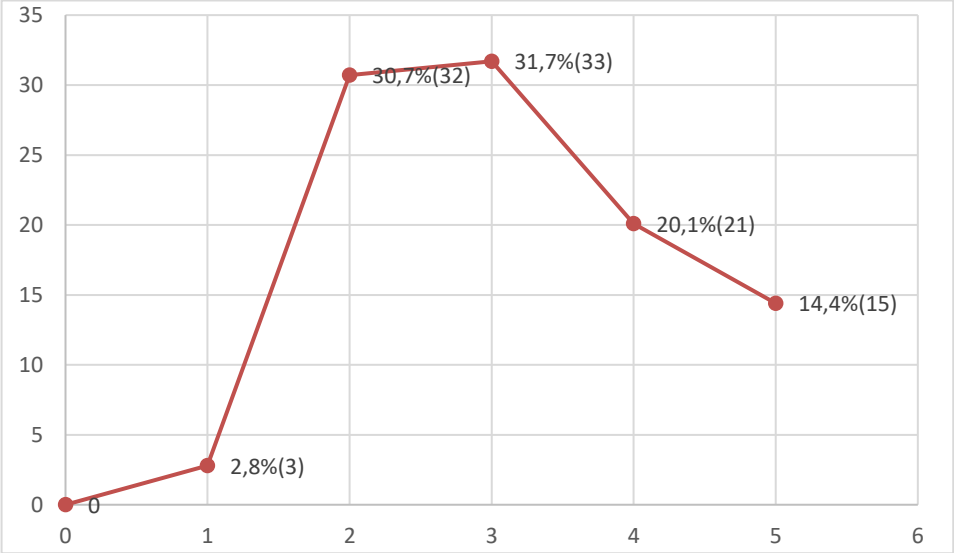
Tabela 4 - ESCORE FINAL - Frequências dos escores finais das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

SCORE FINAL	Frequências	%
0	-	-
1	3	2,8
2	32	30,7
3	33	31,7
4	21	20,1
5	15	14,4
TOTAL	104	100
	Média	**3,1**

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na análise da instituição pesquisada, obteve-se a frequência de: (0) parto com pontuação 0; 2,8% (3) partos com pontuação 1; e 30,7% (32) partos com a pontuação 2. A pontuação 3 foi alcançada em 31,7% (33) dos partos, e a pontuação 4 em 20,1% (21). Em 14,4% (15) dos partos, alcançou-se a pontuação 5, segundo os dados coletados nos 104 participantes do estudo. Para facilitar a visualização desses resultados, o Gráfico 2 sintetiza as pontuações gerais do Escore de Bologna.

Gráfico 2 - Pontuações do Escore de Bologna para as participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019



Fonte: Elaborado pela autora.

Os valores do Escore de Bologna foram comparados com as características das gestantes (Tabela 4).

Tabela 5 - Comparação do Escore de Bologna segundo as características das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

Característica		Média (DP)	Mediana (mín-máx)	Valor de p
A mulher foi assistida por enfermeira	Não	3,1 (1,2)	3 (1-5)	0,767[1]
	Sim	3,2 (1,1)	3 (1-5)	
Estudante de enfermagem	Não	3,2 (1,1)	3 (1-5)	0,939[1]
	Sim	3,1 (0,8)	3 (2-5)	
Médico	Não	3,3 (1,1)	3 (1-5)	0,320[1]
	Sim	3,1 (1,1)	3 (1-5)	
Estudante de medicina	Não	3,3 (1,3)	3 (2-5)	0,814[1]
	Sim	3,1 (1,1)	3 (1-5)	
Outro	Não	3,0 (0,7)	3 (2-4)	0,850[1]
	Sim	3,2 (1,1)	3 (1-5)	
Paridade	Primípara	2,3 (0,4)	2 (2-3)	<0,001[2]
	Primípara obstétrica	3,5 (1,1)	3 (1,5)	
	Multípara	3,2 (1,1)	3 (1,5)	
Na admissão à maternidade, a mulher estava em trabalho de parto ativo?	Não	2,6 (1,0)	2 (1-5)	<0,001[1]
	Sim	3,6 (1,0)	3 (2-5)	
Na chegada à maternidade, a mulher foi considerada de baixo risco	Não	2,6 (0,8)	2 (1-4)	0,004[1]
	Sim	3,3 (1,1)	3 (1-5)	
Início do trabalho de parto	Admitida em trabalho de parto espontâneo	3,5 (1,0)	3 (2-5)	<0,001[2]
	Indução do parto	2,9 (1,0)	3 (1-5)	

continua

conclusão

	Cesariana eletiva	2,4 (1,0)	2 (1-5)	
Episiotomia	Não	3,2 (1,1)	3 (1-5)	0,795[1]
	Sim	3,0 (1,0)	3 (2-4)	
APGAR no 5º minuto	7¥	2	2 (2-2)	0,373[2]
	8	2,8 (0,8)	3 (2-4)	
	9	3,2 (1,1)	3 (1-5)	
	10	3,2 (1,2)	3 (1-5)	
A mãe estava bem após o nascimento	Não	3,0 (1,4)	3 (2-4)	0,854[1]
	Sim	3,1 (1,1)	3 (1-5)	
O bebê estava bem após o nascimento	Não	2,4 (0,6)	2 (2-4)	0,002[1]
	Sim	3,3 (1,1)	3 (1-5)	
Havia hemorragia pós-parto, superior a 500ml?	Não	3,2 (1,1)	3 (1-5)	0,409[1]
	Sim	2,7 (1,2)	2 (2-4)	

[1] Teste de Mann-Whitney; [2] Teste de Kruskal-Wallis. ¥ Somente um caso. DP: desvio padrão; mín: valor mínimo; máx: valor máximo.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições dos Score de Bologna e a assistência durante o parto (enfermeira, estudante de enfermagem, médico, estudante de medicina ou outro profissional). O tipo de paridade, trabalho de parto ativo na admissão da maternidade, condição de risco na admissão da mulher em início de trabalho de parto e condição do bebê após o nascimento apresentaram diferenças estatisticamente significativas para o Score de Bologna ($p<0,05$). Outras características não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Com base nesse cenário, os valores pontuais do Score de Bologna também foram avaliados na Tabela 5.

Tabela 6 - Comparação dos valores do Escore de Bologna segundo as características das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

Característica		**Índice de Bologna**					**Valor de p[1]**
		1	2	3	4	5	
A mulher foi assistida por							
Enfermeira	Não	1 (33,3)	8 (25,8)	5 (15,2)	6 (27,3)	3 (20,0)	0,683
	Sim	2 (66,7)	23 (74,2)	28 (84,8)	16 (72,7)	12 (80,0)	
Estudante de enfermagem	Não	3 (100)	29 (93,5)	26 (78,8)	21 (95,5)	14 (93,3)	0,294
	Sim	0	2 (6,5)	7 (21,2)	1 (4,5)	1 (6,7)	
Médico	Não	1 (33,3)	4 (12,9)	7 (21,2)	7 (31,8)	3 (20,0)	0,464
	Sim	2 (66,7)	27 (87,1)	26 (78,8)	15 (68,2)	12 (80,0)	
Estudante de medicina	Não	0	2 (6,5)	3 (9,1)	0	2 (13,3)	0,486
	Sim	3 (100)	29 (93,5)	30 (90,9)	22 (100)	13 (86,7)	
Outro profissional	Não	0	1 (3,2)	3 (9,1)	1 (4,5)	0	0,786
	Sim	3 (100)	30 (96,8)	30 (90,9)	21 (95,5)	15 (100)	
Paridade	Primípara	0	12 (38,7)	4 (12,1)	0	0	0,003
	Primípara obstétrica	1 (33,3)	5 (16,1)	14 (42,4)	9 (40,9)	8 (53,3)	

continua

conclusão

	Multípara	2 (66,7)	14 (45,2)	15 (45,5)	13 (59,1)	7 (46,7)	
Na admissão para a maternidade, a mulher estava em trabalho de parto ativo?	Não	3 (100)	23 (74,2)	11 (33,3)	8 (36,4)	2 (13,3)	<0,001
	Sim	0	8 (25,8)	22 (66,7)	14 (63,6)	13 (86,7)	
Na chegada à maternidade, a mulher foi considerada de baixo risco	Não	1 (33,3)	12 (38,7)	7 (21,2)	4 (18,2)	0	0,032
	Sim	2 (66,7)	19 (61,3)	26 (78,8)	18 (81,8)	15 (100)	
início do trabalho de parto	Admitida em trabalho de parto espontâneo	0	9 (29,0)	18 (54,5)	15 (68,2)	11 (73,3)	0,014
	Indução do parto	1 (33,3)	13 (41,9)	10 (30,3)	6 (27,3)	3 (20,0)	
	Cesariana eletiva	2 (66,7)	9 (29,0)	5 (15,2)	1 (4,5)	1 (6,7)	
Episiotomia	Não	3 (100)	29 (93,5)	32 (97,0)	20 (90,9)	15 (100)	0,706
	Sim	0	2 (6,5)	1 (3,0)	2 (9,1)	0	
APGAR no 5º minuto	7¥	0	1 (3,2)	0	0	0	0,127
	8	0	6 (19,4)	5 (15,2)	3 (13,6)	0	
	9	2 (66,7)	12 (38,7)	23 (69,7)	9 (40,9)	9 (60,0)	
	10	1 (33,3)	12 (38,7)	5 (15,2)	10 (45,5)	6 (40,0)	
A mãe estava bem após o nascimento	Não	0	1 (3,2)	0	1 (4,5)	0	0,673
	Sim	3 (100)	30 (96,8)	33 (100)	21 (95,5)	15 (100)	
O bebê estava bem após o nascimento	Não	0	10 (32,3)	4 (12,1)	1 (4,5)	0	0,020
	Sim	3 (100)	21 (67,7)	29 (87,9)	21 (95,5)	15 (100)	
Havia hemorragia pós-parto, superior a 500ml?	Não	3 (100)	29 (93,5)	33 (100)	21 (95,5)	15 (100)	0,494
	Sim	0	2 (6,5)	0	1 (4,5)	0	

[1] Teste exato de Fisher

Avaliação em 30, 60, 120 e 180 dias foram realizadas no que se refere às questões de aleitamento e às complicações durante o aleitamento.

Não houve mudança entre a condição de amamentação com leite de peito entre 30 e 60 dias, 30 e 120, e 30 e 180 dias (Tabela 6). Isto é, não se encontraram evidências estatisticamente significativas nas quais constavam que as mães mudaram a condição de amamentação de 30 a 60 dias, de 30 a 120 duas e 30 a 180 dias. Da mesma forma, as proporções entre as condições de quem mudou e de quem parou de amamentar entre 60 e 120 dias, e 60 e 180 dias também não foram estatisticamente consideráveis. Entre 120 dias e 180 dias também não houve diferença estatisticamente significantes para as mães que pararam de amamentar.

Das 81 mulheres que responderam ao questionário em 30 dias, 95,1% delas estavam amamentando no peito. Para a entrevista em 60 dias, 96,2% amantavam no peito, em 120 dias foram 90,8% e em 180 dias foram 88,2%. Soma-se a isso o número de mulheres acompanhadas nos diferentes momentos variou em relação ao total de incluídas no início (Tabela 7).

Quando as mulheres foram questionadas sobre o leite materno como único alimento oferecido, observou-se que não houve mudança na proporção de crianças sendo amamentadas somente com leite materno entre os 30 e 60 dias. Por outro lado, existiram diferenças significativas, sob o viés estatístico, entre as porcentagens de mulheres que tornaram o leite materno o único alimento de 30 a 120 e 180 dias. De 60 dias para 120 dias, o resultado de as mães que consideraram o leite materno o único alimento não apresentou diferenças estatisticamente consideráveis, no entanto, de 60 dias para 180 dias, observamos que dentre as 62 pessoas que inicialmente consideraram o leite materno o único, somente 12 continuam com a mesma perspectiva (Tabela 8).

No ínterim de 180 dias, houve uma mudança na resposta das mães entrevistadas as quais responderam que o leite materno era o único alimento oferecido. Com base nisso, seguem os dados: Em 30 dias, 97,4% (76/78); em 60 dias, 94,7%; em 120 dias, 88,4% e, em 180 dias, 17,9% (Tabela 9).

Nenhuma mudança de intercorrência durante o tempo de aleitamento foi observada nos diferentes tempos de entrevistas às mulheres (Tabela 10). As porcentagens de intercorrências observadas foram: 8,6% em 30 dias, 11,4% em 60 dias, 7,9% em 120 dias e 7,8% em 180 dias (Tabela 11).

Tabela 7 - Mudança na amamentação no peito durante o intervalo de 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

	Amamentação no peito		**Total**	**Valor de p[1]**
	30 dias			
	Não	Sim		
60 dias				1
Não	3 (100)	0	3 (3,8)	
Sim	0	75 (100)	75 (96,2)	
Total	3 (3,8)	75 (96,2)	78 (100)	
120 dias				0,125
Não	3 (100)	4 (5,5)	7 (9,2)	
Sim	0	69 (94,5)	69 (90,8)	
Total	3 (3,9)	73 (96,1)	76 (100)	
180 dias				0,070
Não	2 (66,7)	7 (9,6)	9 (11,8)	
Sim	1 (33,3)	66 (90,4)	67 (88,2)	
Total	3 (3,9)	73 (96,1)	76 (100)	
	60 dias			
	Não	Sim		
120 dias				0,125
Não	3 (100)	4 (5,6)	7 (9,3)	
Sim	0	68 (94,4)	68 (90,7)	

continua

				conclusão
Total	3 (4,0)	72 (96,0)	75 (100)	
180 dias				0,070
Não	2 (66,7)	7 (9,7)	9 (12,0)	
Sim	1 (33,3)	65 (90,3)	66 (88,0)	
Total	3 (4,0)	72 (96,0)	75 (100)	
	120 dias			
	Não	Sim		
180 dias				0,625
Não	6 (85,7)	3 (4,5)	9 (12,2)	
Sim	1 (14,3)	64 (95,5)	65 (87,8)	
Total	7 (9,5)	67 (90,5)	74 (100)	

[1] Teste de McNemar.

Das 81 mulheres que responderam ao questionário, em 30 dias, 95,1% delas estavam amamentando no peito. Para a entrevista em 60 dias, 96,2% permaneciam amamentando no peito, em 120 dias foram 90,8% e em 180 dias foram 88,2%. O número de mulheres acompanhadas nos diferentes momentos variou em relação ao total de incluídas no início (Tabela 7).

Tabela 8 - Amamentação no peito durante o intervalo de 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

	Amamentação no peito		**Total**	**Missing**
	Não n (%)	**Sim n (%)**		
30 dias(	4 (4,9)	77 (95,1)	81	23
60 dias	3 (3,8)	75 (96,2)	78	26
120 dias	7 (9,2)	69 (90,8)	76	28
180 dias	9 (11,8)	67 (88,2)	76	28

Quando as mulheres foram questionadas sobre o leite materno como único alimento oferecido, observamos que não houve mudança na proporção de crianças sendo amamentadas somente com esse alimento entre os 30 e 60 dias. Por outro lado, houve diferenças, sob o viés estatístico, significantes entre as porcentagens de mulheres que mudaram o leite materno como único alimento de 30 a 120 e 180 dias. De 60 dias para 120 dias, mulheres, que consideraram o leite da mãe o único alimento, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, todavia, de 60 dias para 180 dias notamos que, das 62 pessoas, as quais inicialmente consideraram o leite materno como único, somente 12 mulheres mantêm o mesmo posicionamento. (Tabela 8).

Tabela 9 - Mudança do leite materno como único alimento oferecido pelas participantes do estudo durante 30, 60, 120 e 180 dias , USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

	Leite materno como único alimento		Total	Valor de p[1]
	30 dias			
	Não	Sim		
60 dias				0,500
Não	2 (100)	2 (2,7)	4 (5,3)	
Sim	0	71 (97,3)	71 (94,7)	
Total	2 (2,7)	73 (97,3)	75 (100)	
120 dias				0,031
Não	2 (100)	6 (9,0)	8 (11,6)	
Sim	0	61 (91,0)	61 (88,4)	
Total	2 (2,9)	67 (97,1)	69 (100)	
180 dias				<0,001
Não	2 (100)	52 (81,3)	54 (81,8)	
Sim	0	12 (18,8)	12 (18,2)	
Total	2 (3,0)	64 (97,0)	66 (100)	
	60 dias			
	Não	Sim		
120 dias				0,125
Não	4 (100)	4 (6,3)	8 (11,8)	
Sim	0	60 (93,8)	60 (88,2)	
Total	4 (5,9)	64 (94,1)	68 (100)	
180 dias				<0,001
Não	3 (100)	50 (80,6)	53 (81,5)	
Sim	0	12 (19,4)	12 (18,5)	
Total	3 (4,6)	62 (95,4)	65 (100)	
	120 dias			
	Não	Sim		
180 dias				<0,001
Não	7 (100)	45 (78,9)	52 (81,3)	
Sim	0	12 (21,1)	12 (18,8)	
Total	7 (10,9)	57 (89,1)	64 (100)	

[1] Teste de McNemar.

Em 30 dias, 97,4% (76/78) das mulheres acompanhadas responderam que o leite da mãe era o único alimento oferecido; em 60 dias essa porcentagem foi de 94,7%; em 120 dias foi de 88,4% e, durante 180 dias, as mulheres responderam que o leite era o único alimento oferecido em 17,9% dos casos entrevistados (Tabela 9).

Tabela 10 - O leite materno como o único alimento oferecido em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

	Leite materno como único alimento		Total	Missing
	Não n (%)	**Sim n (%)**		
30 dias	2 (2,6)	76 (97,4)	78	26
60 dias	4 (5,3)	71 (94,7)	75	29
120 dias	8 (11,6)	61 (88,4)	69	35
180 dias	55 (82,1)	12 (17,9)	67	37

Este estudo demonstrou que 97,4% (76) das participantes estudadas amamentaram durante os 30 primeiro dia de vida da criança. Esse valor foi esntendido para 60 dias de AME, somatizando, 94,7% (71). Já com até 120 dias, 88,4% (61) das mulheres, enquanto apenas

17,9% (12) delas amamentaram exclusivamente no seio materno até os seis meses preconizados pela OMS.

Nenhuma mudança de intercorrência durante o tempo de aleitamento foi observada nos diferentes tempos de entrevistas às mulheres (Tabela 10).

Tabela 11 - Mudança na intercorrência das participantes do estudo durante o tempo de aleitamento materno no período de 30, 60, 120 e 180 dias, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

	Intercorrência durante o tempo de aleitamento materno		**Total**	**Valor de p[1]**
	30 dias			
	Não	Sim		
60 dias				0, 687
Não	68 (94,4)	2 (28,6)	70 (88,6)	
Sim	4 (5,6)	5 (71,4)	9 (11,4)	
120 dias				1
Não	68 (97,1)	2 (33,3)	70 (92,1)	
Sim	2 (2,9)	4 (66,7)	6 (7,9)	
180 dias				1
Não	69 (97,2)	2 (33,3)	71 (92,2)	
Sim	2 (2,8)	4 (66,7)	6 (7,8)	
	60 dias			
	Não	Sim		
120 dias				0, 500
Não	67 (100)	2 (25,0)	69 (92,0)	
Sim	0	6 (75,0)	6 (8,0)	
180 dias				0, 250
Não	67 (100)	3 (33,3)	70 (92,1)	
Sim	0	6 (66,7)	6 (7,9)	
	120 dias			
	Não	Sim		
180 dias				1
Não	68 (100)	1 (16,7)	69 (93,2)	
Sim	0	5 (83,3)	5 (6,8)	

[1] Teste de McNemar.

Foram respondidas pelas mulheres em relação aos tipos de intercorrências ocorridas durante o tempo de amamentação dentro dos determinados intervalos de dias após o parto. As porcentagens de intercorrências observadas foram: 8,6% em 30 dias, 11,4% em 60 dias, 7,9% em 120 dias e 7,8% em 180 dias (Tabela 11).

Tabela 12 - Intercorrência das participantes do estudo durante o tempo de aleitamento materno no período de 30, 60, 120 e 180 dias, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

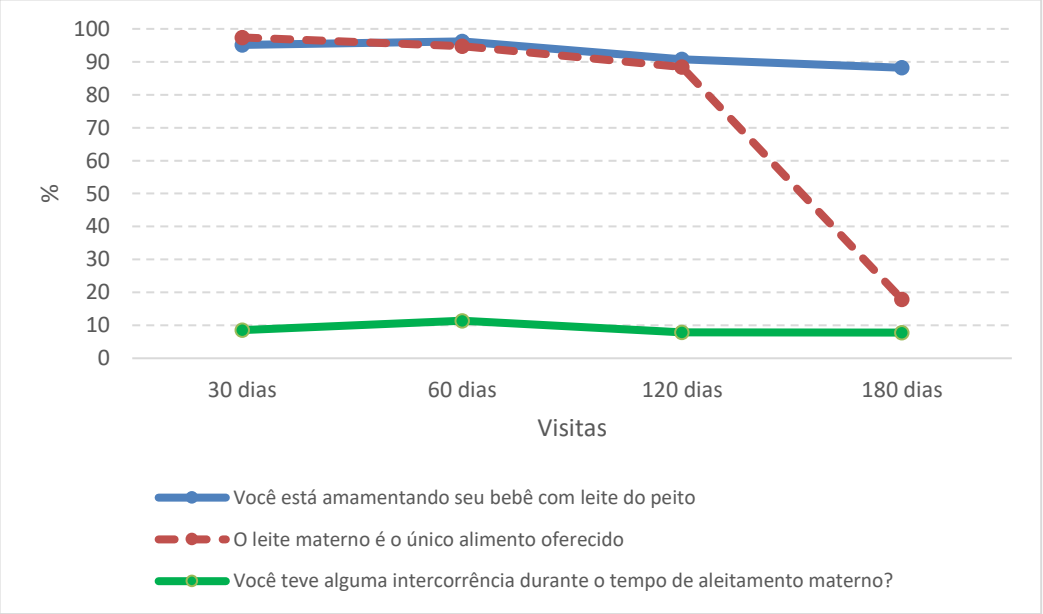
	Intercorrência durante o tempo de aleitamento materno		**Total**	**Missing**
	Não n (%)	**Sim n (%)**		
30 dias	74 (91,4)	7 (8,6)	81	23

60 dias	70 (88,6)	9 (11,4)	79	25
120 dias	70 (92,1)	6 (7,9)	76	28
180 dias	71 (92,2)	6 (7,8)	77	27

Dentre as 14 mulheres que apresentaram intercorrências constatadas pela equipe de enfermagem, dentro da maternidade, descritas nos documentos clínicos da referida unidade, encontraram-se os seguintes apontamentos logo após o parto: baixa produção láctea materna (3); controle de hipoglicemia do RN no hospital(1); anormalidades com frequência respiratória do RN (2); mamilo materno invertido(1); prematuridade do RN(2); hipotonia uterina(3); antibioticoterapia do RN (2).

Em relação às 28 mulheres que responderam que houve intercorrências até os 180 dias pós parto, indicaram: dor em mamas por ingurgitamento (6); lesões mamilares (9); mastite (11); ausência de produção láctea (1); baixa produção láctea (2); perda de peso excessiva da criança (1).

Gráfico 3 - Porcentagens de amamentação com leite de peito, leito materno como único alimento oferecido e intercorrências durante o tempo de aleitamento materno ao longo das visitas, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019



Fonte: elaborado pela autora

As evidências amostrais permitem concluir que não existem diferenças significativas, sob ponto de vista científico, entre as distribuições dos valores do Score de Bologna e as mulheres que consideraram ou não o leite materno como único alimento durante 30, 60, 120 e 180 dias.

Tabela 13 - Qualidade de assistência ao parto (Escore de Bologna) e leite materno como único alimento oferecido durante 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

Leite materno como único alimento		Índice de Bologna			
		Média (DP)	Mediana	Mínimo-Máximo	Valor de p[1]
30 dias	Não	3,5 (0,7)	3,5	3,0-4,0	0,612
	Sim	3,2 (1,1)	3,0	1,0-5,0	
60 dias	Não	3,5 (0,6)	3,5	3,0-4,0	0,493
	Sim	3,2 (1,1)	3,0	1,0-5,0	
120 dias	Não	3,3 (0,7)	3,0	2,0-4,0	0,877
	Sim	3,3 (1,2)	3,0	1,0-5,0	
180 dias	Não	3,2 (1,1)	3,0	2,0-5,0	0,630
	Sim	3,4 (1,4)	3,5	1,0-5,0	

DP: desvio padrão. [1] Teste Mann-Whitney para grupos independentes.

Das 78 mulheres, participantes da entrevista em 30 dias, 62 delas tinham sido atendidas por enfermeiras e todas responderam que consideravam o leite materno como único alimento. Em comparação, das 18 mulheres que não tiveram assistência da enfermeira, (14) 87,5% dessas responderam que levavam em consideração o leite materno sendo o único alimento. Essa associação foi estatisticamente significativa. Para outros profissionais, em 30 dias, não houve associações estatisticamente consideráveis entre os profissionais e a condição de consumo de leite materno exclusivo. Outrossim, não foram observadas associações nos tempos de 60, 120 e 180 dias entre profissionais e o leite materno como único alimento (Tabela 13).

Tabela 14 - Assistência por profissional de saúde e o uso de leite materno como único alimento oferecido em 30, 60, 120 e 180 dias das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, março a maio de 2019

continua

			Leite materno como único alimento		Total	Valor de p[1]
			Não n (%)	Sim n (%)		
30 dias (n = 78)	Enfermeira	Não	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (100)	0,040
		Sim	0	62 (100)	62 (100)	
	Estudante de enfermagem	Não	2 (2,9)	67 (97,1)	69 (100)	1
		Sim	0	9 (100)	9 (100)	
	Médico	Não	0	16 (100)	16 (100)	1
		Sim	2 (3,2)	60 (96,8)	62 (100)	
	Estudante de medicina	Não	0	5 (100)	5 (100)	1
		Sim	2 (2,7)	71 (97,3)	73 (100)	
	Outro profissional	Não	0	5 (100)	5 (100)	1
		Sim	2 (2,7)	71 (97,3)	73 (100)	
60 dias (n = 75)	Enfermeira	Não	2 (13,3)	13 (86,7)	15 (100)	0,176
		Sim	2 (3,3)	58 (96,7)	60 (100)	
	Estudante de enfermagem	Não	3 (4,5)	63 (95,5)	66 (100)	0,407
		Sim	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (100)	

conclusão

	Médico	Não	0	15 (100)	15 (100)	0,578
		Sim	4 (6,7)	56 (93,3)	60 (100)	
	Estudante de medicina	Não	0	5 (100)	5 (100)	1
		Sim	4 (5,7)	66 (94,3)	70 (100)	
	Outro profissional	Não	0	5 (100)	5 (100)	1
		Sim	4 (5,7)	66 (94,3)	70 (700)	
120 dias	Enfermeira	Não	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (100)	1
(n = 69)		Sim	6 (11,3)	47 (88,7)	53 (100)	
	Estudante de enfermagem	Não	7 (11,5)	54 (88,5)	61 (100)	1
		Sim	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (100)	
	Médico	Não	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100)	1
		Sim	7 (12,5)	49 (87,5)	56 (100)	
	Estudante de medicina	Não	0	5 (100)	5 (100)	1
		Sim	8 (12,5)	56 (87,5)	64 (100)	
	Outro profissional	Não	0	3 (100)	3 (100)	1
		Sim	8 (12,1)	58 (87,9)	66 (100)	
180 dias	Enfermeira	Não	12 (80,0)	3 (20,0)	15 (100)	1
(n = 67)		Sim	43 (82,7)	9 (17,3)	52 (100)	
	Estudante de enfermagem	Não	50 (83,3)	10 (16,7)	60 (100)	0,600
		Sim	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (100)	
	Médico	Não	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (100)	0,689
		Sim	45 (83,3)	9 (16,7)	54 (100)	
	Estudante de medicina	Não	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100)	0,216
		Sim	52 (83,9)	10 (16,1)	62 (100)	
	Outro profissional	Não	4 (100)	0	4 (100)	1
		Sim	51 (81,0)	12 (19,0)	63 (100)	

[1] Teste exato de Fisher.

Discussão

6. DISCUSSÃO

Foram incluídas neste estudo um total de 104 mulheres, com idade média de aproximadamente 27 anos (variando de 15 a 42 anos), mais da metade da cor branca e com ensino fundamental completo (51,9%).

Na tabela 01, em relação à idade das gestantes, com média de aproximadamente 27 anos (variando de 15 a 42 anos), sendo 5(4,8%) maiores de 40 anos de idade, 6(5,7%) menores de 19 anos de idade e a grande maioria entre 20 e 38 anos de idade. Isto é, 93(89,3%) mulheres, fato importante para um estudo realizado na região sudeste, onde se afirma que a maternidade vem ocorrendo cada vez mais tardiamente. Nesta região do país, ocorre um aumento progressivo e uma maior representação percentual de gestantes de grandes cidades, com idade superior a 34 anos, quando no período entre 2006 e 2012 foi possível observar um aumento na incidência de partos de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos, tendência essa que vem se mantendo anualmente (TEIXEIRA; GURGEL; MONTEIRO; BARMPAS; TRAJANO; RODRIGUES, 2015).

Quanto à situação conjugal, a maioria das mulheres do estudo vive com o companheiro (casada ou amasiada), totalizando 70(67,4%). Esses resultados são similares aos de outro estudo (ARAÚJO et al., 2014). Tais achados refletem a atual configuração demográfica de nosso país e vão ao encontro dos dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o qual registrou que 56,3% da população residente do nordeste do estado vivem em união (casado ou amasiado) (IBGE, 2015).

Ainda sobre o atual estudo, mais da metade era da cor branca, autorreferida (51%) e com ensino médio completo (51,9%) e tinha até dois salários mínimos como renda familiar (69,7%). O grau de escolaridade de ensino médio completo apresentado pela maioria dessas participantes pode ter constituído um fator favorável para a compreensão e o aproveitamento das orientações disponibilizadas no serviço pré-natal, assim como para a prevenção de riscos e de complicações obstétricas. Em relação a essa baixa escolaridade, que não pode deixar de ser considerada, entre ensino fundamental completo e incompleto, totalizando 25% das mulheres, pode ser um agravante para a saúde das mulheres, além de ser considerada pelo MS como um fator de risco obstétrico. Isso pode ser visto como um indicador de condição social, pois um maior grau de instrução facilita o acesso a emprego e, consequentemente, a condições socioeconômicas mais favoráveis.

Em adição, 19,2% (20) mulheres responderam que pararam de estudar por causa da gravidez. Com base nesse cenário, deixar a escola por causa de uma gravidez ou qualquer outro

motivo pode comprometer futuras perspectivas econômicas das meninas e excluí-las de outras oportunidades na vida.

As participantes relataram renda familiar variando entre 2 e 3 salários mínimos ou mais, sendo que a média foi de até 2 salários. Entre elas, treze residiam em moradia emprestada, trinta e oito em moradia própria e as demais, 52 mulheres, em moradia alugada. Embora os dados sociodemográficos das participantes apontassem condições favoráveis para a manutenção da saúde, no que se refere à renda familiar, elas se enquadraram na população de baixa renda. Segundo a literatura, o nível socioeconômico é um importante fator de risco em relação a uma boa gestação, uma vez que as questões econômicas têm uma forte influência no estado gravídico. Quanto mais baixa, maiores são as deficiências de nutrição, de habitação e piores são os hábitos de higiene, elevando a incidência de fatores que contribuem para desenvolvimento de complicações (OLIVEIRA; RIESCO; MIYA; VIDOTTO, 2002).

Neste estudo, 98 participantes, ou seja, 94,1% tinham, no mínimo, 6 consultas de pré-natal. Em relação ao acompanhamento pré-natal, o estudo apresenta dados similares aos de outro estudo, no qual as pacientes quase que na totalidade possuem acesso universal ao pré-natal, com pelo menos uma consulta em qualquer momento da gestação em 98,0% dos casos (BRASIL, 2006).

No que diz respeito à ocupação, houve o predomínio, com 61 (58,7%), de mulheres sem emprego fixo, atuando apenas como profissionais do lar. Em pesquisa semelhante, observou-se que apenas 33,5% das parturientes tinham ocupação remunerada, confirmando que a pouca opção socioeconômica era consequente à baixa escolaridade (SILVA; PELLOSO, 2009). A constatação do reduzido número de mulheres que têm ocupação remunerada no estudo contrapõe-se às tendências de sua crescente inserção no mercado de trabalho. Nesse sentido, as estatísticas revelam uma crescente população economicamente ativa representada por mulheres. Assim, é provável que o alto percentual de mulheres que relataram não exercer ocupação remunerada esteja relacionado à baixa escolaridade verificada.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, o estudo apresenta uma média de consultas de pré-natal entre 9,5 dados similares a outro estudo, no qual as pacientes quase que em sua totalidade possuem acesso universal ao pré-natal, com pelo menos uma consulta em qualquer momento da gestação em 98,0% dos casos (BRASIL, 2006). Entretanto, para um pré-natal minimamente adequado, em termos quantitativos, o Ministério da Saúde recomenda a realização de, pelo menos, seis consultas. No Brasil, a cobertura pré-natal é de aproximadamente em 80,9% das gestantes (BRASIL, 2006).

No momento da admissão, a maior parte das participantes encontraram-se no período de termo para nascimento, o RN, com idade gestacional variando entre 37 e 42 semanas de gestação (n=92). É considerada gestação a termo aquela compreendida entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas, a partir do primeiro dia da última menstruação, sendo o período favorável para a ocorrência do parto (NEME, 2000; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Observamos uma prevalência de partos normais (69,1%), porém ainda com um alto índice de intervenções, já que 3 foram realizados com episiotomia e um parto com auxilio do vácuo extrator, além do fato de quatro destas mulheres terem obtido ruptura de membranas manuais por profissional médico.

De acordo com os registros em prontuário e relato das mulheres à admissão hospitalar, das 104 participantes, 57 (54,7%) estavam em fase ativa. O trabalho de parto pode ser didaticamente dividido em 3 fases – latente ou inicial, ativa e transição – que se diferenciam pela velocidade da cérvico-dilatação. A fase inicial (0 a 4 cm de dilatação) ou preparatória, corresponde à mais longa de todo o processo chegando a 2/3 do tempo de todo o trabalho de parto, podendo durar de horas a dias. Nessa fase, recomenda-se conduta expectante e os ocitócitos devem ser evitados, pelo risco de aumento na incidência de cesárea, decorrente do colo uterino desfavorável (REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

Ao final do processo gestacional, a gestante pode apresentar um quadro denominado “falso trabalho de parto”, caracterizado por atividade uterina aumentada, permanecendo, entretanto, um padrão de contrações descoordenadas sem dilatação do colo uterino. Isso gera ansiedade e expectativa na gestante quanto ao parto, sendo um dos principais motivos que a leva a procurar o hospital. Por isso, o profissional de saúde deve estar atento, a fim de evitar admissão precoce, intervenções desnecessárias e estresse familiar. Nas fases mais iniciais do trabalho de parto, nem sempre é possível fazer o diagnóstico diferencial entre verdadeiro e falso trabalho de parto com uma avaliação isolada, de modo a ser necessário reavaliar a gestante 1 a 2 horas após o primeiro exame para confirmar o diagnóstico (BRASIL, 2001).

A fase ativa (4 a 8cm) ou de dilatação, propriamente dita, também chamada de fase rápida, corresponde a aproximadamente 1/3 do trabalho de parto e apresenta velocidade média de dilatação de 1cm/h. É nesse momento que deveria ocorrer a internação da parturiente e consequente abertura do partograma, porém cada caso deve ser avaliado individualmente, levando em consideração fatores como: dificuldades de acesso e pacientes que tenham um potencial aumentado em apresentar complicações durante o trabalho de parto (ex: idade gestacional superior a 41 semanas, cesárea anterior, amniorrexe prematura e/ou patologias

clínicas de grau leve). Já a fase de transição corresponde ao período final do trabalho de parto, caracterizada pela dilatação entre 8 e 10, o padrão da contração uterina aumenta ainda mais, para promover a etapa final de descida do feto pela pelve, e a parturiente começa a sentir os puxos. Os puxos são contrações involuntárias impelidas pela pressão do polo cefálico na região vulvo perineal, os quais provocam na parturiente a sensação e a vontade de fazer força e facilitam a expulsão do feto ou o processo de nascimento propriamente dito. Nessa fase, a dor é mais intensa devido à potência das contrações, necessárias à expulsão do feto (ALMEIDA, 2001; REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

Das mulheres admitidas em fase latente da pesquisa, 31,7 % (33) foram submetidas à indução de Trabalho de Parto, fato o qual se assemelha a um estudo de Goiânia onde, das mulheres admitidas em fase latente, 37,1 % (13) foram submetidas a indução de Trabalho de Parto (WILLE; ALMEIDA, 2011).

No presente estudo, notamos a incidência de 26,9% de cesarianas. Quanto às taxas de cesariana, um estudo de caráter nacional demonstra que, em alguns estados, a taxa ultrapassa 40%, o que coloca o Brasil entre os países com maior proporção de cesárea, somatizando 52% do total de nascimentos no país por meio dessa cirurgia (LEAL et al., 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO,2015), desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesáreas fique entre 10 e 15%, recomendação que surgiu de uma declaração de um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante a reunião promovida pela OMS em Fortaleza, no Brasil, afirmação diz que não existir justificativa para qualquer região do mundo apresentar uma taxa de cesárea maior do que 10-15%. Entretanto, o grupo baseou essa afirmação em uma revisão com os poucos dados disponíveis que havia na época, provenientes principalmente de países do norte da Europa, os quais mostravam bons resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea. Após uma adaptação à realidade demográfica e cultural brasileira, com auxílio de dados da pesquisa Nascer, no Brasil (LANSKY, et al., 2014), uma taxa de referência para o país seria em torno de 25-30%, mantendo ainda acima do que apresentado no Brasil, de modo a evidenciar que algumas das indicações clínicas para cesarianas são consideradas controversas.

A internação em trabalho de parto parece ser um fator protetor de uma cesariana tanto nas primíparas quanto nas pacientes com uma cesariana anterior (LAVADO et al., 2016). Em outra pesquisa, foi evidenciado que mulheres apresentaram o percentual mais elevado de parto cesáreo na ausência do trabalho de parto (LEAL et al., 2016). A equipe multiprofissional deve participar de forma corresponsável desde o momento da internação da gestante, assegurando o uso de tecnologia, protocolos e técnicas que resultem na evolução do trabalho de parto da forma

mais natural possível, com intervenções apenas quando forem realmente bem indicadas e necessárias.

Uma das intervenções é a submissão do procedimento em cesariana por iteratividade obstétrica (duas ou mais césares anteriores). Nesta pesquisa, das 104 participantes, 4(3,8%) das mulheres pariram por cesariana. Percebemos, então, que ter no histórico uma cesariana em parto anterior aumenta em 5,6 vezes a chance de uma nova cesariana na gestação atual se comparadas a primíparas obstétricas. Para que chegássemos a esse fato, a principal indicação de cesariana em pacientes foi pela cicatriz uterina anterior (LAVADO et. al., 2016). A iteratividade caracterizou a quarta indicação mais encontrada, assim como uma das maiores indicações no estudo (NOVO, et al., 2017). Nele, das 28 mulheres submetidas a cesariana, 4 delas apontavam iteratividade como justificativa.

Como observado, a principal indicação de cesárea encontrada no estudo foi uma operação cesariana anterior. Pela diretriz do Ministério da Saúde, é recomendado que as mulheres com operações cesarianas prévias tenham ciência de que há um considerável aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal, a princípio, baixo, porém que aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas anteriores. Porém, na ausência de outras contra indicações, o recomendado é encorajar a tentativa de parto vaginal, mediante termo de consentimento informado para a gestante.

Existe um sistema padronizado e aceito internacionalmente para monitorar as taxas de cesariana em todo o mundo. Em abril de 2015, a OMS recomendou o uso da Classificação de Robson para monitorar taxas de cesárea. Essa classificação é baseada em seis itens, a partir de informações que geralmente já são colhidas nos serviços, registradas nos prontuários. Estes itens são: idade gestacional (termo ou pré-termo); paridade (nulíparas e multíparas); se multípara, com ou sem cesárea prévia (cesárea anterior); gestação única ou múltipla (número de fetos); apresentação fetal (cefálica, pélvica ou córmica) (NAKAMURA-PEREIRA, et. al., 2016).

Outras justificativas para o parto cesárea neste estudo foram: (6)27,2% anormalidades na frequência cardíaca fetal; (6)27,2% desaceleração de trabalho de parto; (8)36,3% parada da dilatação; (1)4,5% ruptura prematura de membranas e (3)13,6% descolamento prematuro da placenta. A cesárea é um procedimento cirúrgico cuja finalidade é intervir quando riscos são maiores diante dos benefícios do parto normal, devendo ser indicada apenas em casos necessários (OMS, 2015). Assim, dentre as indicações de cesáreas são justificáveis: distócias ou falha na progressão do trabalho de parto após instalação do mesmo, desproporção cefalopélvica, intervalo interpartal menor que dois anos após cesárea, apresentações anômalas

fetais, sofrimento fetal agudo, mecônio espesso (sofrimento fetal) e alterações na frequência cardíaca fetal (AMORIM; PORTO; SOUSA, 2010).

Os dados obstétricos apresentaram que a maioria das gestantes eram multíparas (mais de um parto) 49%, 15,4% das mulheres eram primíparas (primeiro parto) e que 35,6% eram primípara obstétricas (primeiro parto normal). No estudo realizado no município de Francisco Beltrão-PR, a porcentagem de primigestas e multíparas com 3 gestações prévias foi equivalente a 46,9% (MENETRIER; ALMEIDA, 2016). Diferente dos resultados dessa pesquisa, encontramos em outros estudos dados em que a maioria das gestantes de alto risco eram multíparas e que mais de 40% delas possuíam 3 ou mais gestações anteriores (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018; COSTA, et al., 2016).

Um dado relevante neste presente estudo foi a situação conjugal, pois mais da metade das entrevistadas tinham companheiro, de modo a caracterizar como casada ou amasiada no momento da pesquisa, totalizando 67,4% delas. Além de que, ao responderem a pergunta a qual as questionavam se alguém ajudaria com os cuidados do bebê, 91,3% (95) delas responderam que teriam algum tipo de ajuda em casa, e, durante o momento do parto na maternidade, constatamos que 90,4% estavam acompanhadas por alguém significativo para elas. Nessa perspectiva, destaca-se que o apoio familiar é de grande relevância para as nutrizes, pois contribui para a alta eficácia da amamentação. Diante disso, os familiares devem estar envolvidos no processo, porque para a mãe é um momento novo que apresenta muitos medos, dificuldades, insegurança, e que requer total apoio e incentivo familiar (ANDRADE; PESSOA; DONIZETE, 2018).

Sobre as boas práticas (Categoria A) avaliadas nesta pesquisa, destacamos as altas proporções da presença de acompanhante durante o parto, (90,4%). Ressaltamos, entretanto, que a presença de acompanhante é lei no Brasil desde 2005 (BRASIL, 2005). Semelhantemente na pesquisa realizada por Diniz e colaboradores (2014), constatamos: mulheres com partos assistidos por enfermeiras obstetras/obstetrizes tiveram maior percentual de acompanhante em todos os momentos (27,2%) quando comparadas àquelas que foram atendidas por médicos (15,1%) (DINIZ, et al., 2014).

Os profissionais de saúde desempenham papel de grande significado para efetivar o vínculo afetivo saudável e sólido entre mãe e filho e familiar, uma vez que atuam diretamente na assistência do pós-parto, desenvolvendo ações com a equipe multidisciplinar e garantindo o contato precoce para o binômio.

Das 78 mulheres com informação de entrevista em 30 dias, 62 delas tinham sido atendidas por enfermeiras – sendo que todas elas responderam que consideravam o leite

materno o único alimento – comparado com 18 mulheres que não tiveram assistência da enfermeira, (14) 87,5% dessas responderam que consideravam o leite da mãe como único alimento. Dessa forma, essa associação foi estatisticamente significativa. Para outros profissionais, em 30 dias houve associações estatisticamente significativas entre os profissionais e a condição de consumo de leite materno exclusivo. O papel da enfermagem desempenha um grande significado para efetivar o vínculo afetivo saudável e sólido entre mãe e filho, dado que atuam diretamente na assistência, desenvolvendo ações com a equipe multidisciplinar e garantindo o contato precoce para o binômio (ESSER, 2016).

O contato precoce do RN com o seio materno, logo após o nascimento, é apontado como possível influenciador do início, da manutenção e da duração do AME, o que corrobora os dados do presente estudo. Nessa conjuntura, uma revisão sistemática, publicada pela Cochrane, mostrou que a partir de 46 ensaios com 3850 mulheres e seus bebês realizados em 21 países, dentre essas mães, aquelas que tiveram contato pele a pele precoce eram provavelmente mais propensas a amamentar exclusivamente desde a alta hospitalar até 30 dias após o nascimento, podendo chegar até os seis meses após o nascimento. É válido destacar, embora ambas as análises tivessem heterogeneidade substancial (MOORE; BERGMAN; ANDERSON; MEDLEY, 2016).

Sobre os dados de amamentação, no presente estudo somente 12 mulheres amamentaram exclusivamente no seio materno até os seis meses preconizados da OMS, totalizando 17,9% de crianças. Em contra partida, com 120 dias, a porcentagem de crianças ainda em AME foi de 88,4%, isto é, 61 crianças. Uma pesquisa a respeito de amamentação nacional encontrou uma média de duração da amamentação de sete meses e de amamentação exclusiva de apenas um mês. Apesar de a grande maioria das mulheres (96%) iniciar a amamentação, apenas 11% continuam exclusivamente no período de quatro a seis meses, 41% mantêm a lactação até o final do primeiro ano de vida e 14%, até os dois anos (RAMOS, ALMEIDA, 2003).

Conjugado a isso, há o fato de as nutrizes terem ocupação domiciliar, o que pode influenciar o desmame precoce devido à sobrecarga do trabalho doméstico. Com a dedicação ao lar, os filhos são deixados em segundo plano e não recebem a atenção necessária, ou seja, elas não têm tempo para se dedicar ao AME. Tal fato foi possível de ser levado em consideração, pois nesta pesquisa, dentre as mulheres participantes, 58,7% (61) referiram serem do lar e não possuírem nenhum vínculo empregatício.

Não obstante, 43 mulheres das 104 entrevistadas revelaram ter algum tipo de trabalho. Em relação à ocupação das mães, a questão de elas trabalharem fora de casa em emprego formal

também pode desfavorece AME. Especialistas afirmam que, mesmo havendo Políticas de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, nem sempre elas abordam de maneira satisfatória as condições de trabalho da mulher e não contribuem algumas vezes com a manutenção da amamentação além da licença maternidade (KALIL; AGUIAR, 2016).

Alguns fatores que podem auxiliar nessa situação foram enumerados em uma pesquisa (SCHINCAGLIA; OLIVEIRA; SOUSA; MARTINS, 2015). Muitas vezes, o local de trabalho da nutriz é inadequado para o AM, podendo haver constrangimentos quanto à exposição do seio ao amamentar em público, à incerteza, às preocupações com o ganho de peso do bebê, à dificuldade de praticar a ordenha antes do retorno ao trabalho, às condições insalubres para a ordenha do leite no local de trabalho, à falta de informação e interesse da empresa quanto às políticas de AM, ao cansaço da mãe, entre outros.

ESCORE DE BOLOGNA

Por ser considerado pela OMS um índice que contempla alguns critérios imprescindíveis a uma assistência qualificada, o Escore de Bologna foi utilizado para estimar a qualidade da assistência realizada nas maternidades. Esse score tem o intuito de compilar práticas importantes que são amplamente recomendadas, a fim de avaliar atitudes e práticas de determinado serviço para o atendimento obstétrico (CHALMERS; PORTER, 2001).

Ele permite que cada parto seja avaliado segundo cinco variáveis (presença de acompanhante; uso de partograma; ausência de estímulos ao trabalho de parto; parto na posição não supina; e contato pele a pele na primeira meia hora de vida), atribuindo uma nota de 0 ou 1 para cada variável se ausente ou presente, respectivamente. Somando-se as notas de cada variável, obtêm-se a pontuação referente à qualidade da assistência daquele parto.

As frequências encontradas para o atendimento de cada variável ou padrão de qualidade analisados foram as seguintes: 90,4% para presença de acompanhante, 92,3% para uso do partograma, 54,8% para ausência de estímulos ao trabalho de parto, 32,7%, para parto na posição não supina e 44,2% para contato pele a pele entre mãe e bebê.

Registros acerca dessas práticas apareceram em, no máximo, um terço dos 406 prontuários, sendo o parto em outras posições, que não a supina, em apenas 1% dos prontuários. Essas baixas frequências relativas sugerem que as instituições não seguiram as práticas recomendadas e embasadas em evidências científicas na assistência ao parto e ao nascimento (OMS, 1996).

Reforçando outros estudos (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008; GIGLIO: FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; SANDIN-BOJO et al., 2012), o uso de decúbito dorsal foi uma

intervenção frequentemente utilizada na maioria dos atendimentos sendo essa uma intervenção responsável por reduzir os scores de assistência. A frequência disso sugere uma prática comum ao serviço, quando não ocorre incentivo por parte dos profissionais para a adoção de outras posições no trabalho de parto e no nascimento.

Relativo ao escore obtido para cada parto, em cada prontuário pesquisado foi atribuída uma nota pela sua presença. Cada parto assistido, deste modo, pontuaria na faixa de 0 a 5 pontos, somando todos os cinco padrões de qualidade a depender dos registros encontrados. Com base nisso, segundo os dados coletados nas 104 participantes do estudo, obteve-se as frequências de (0) partos com pontuação 0 (zero); 2,8% (3) com pontuação 1(um); e 30,7% (32) partos com a pontuação 2(dois). A pontuação 3(três) foi alcançada em 31,7% (33) dos partos, e a pontuação 4(quatro) em 20,1% (21) dos partos. Em 14,4% (15) dos partos alcançou-se a pontuação 5(cinco).

Como potencialidade das instituições, não encontramos nenhuma frequência de partos que receberam nota 0, não realizaram nenhuma das práticas de qualidade na assistência ao parto relativas ao Escore de Bologna. Esses resultados são inferiores ao encontrado em estudo de Sandin-Bojo et al. (2012), no qual a frequência de partos com nota 0 ocorreu em 6% (1) da amostra, frequência baixa para amostra utilizada.

Entretanto, como fragilidade das instituições, os registros demonstraram frequências pequenas, 31,7% (33); 20,1% (21) e 14,4% (15), referentes às notas 3, 4 e 5, respectivamente. Pontuações de 3 a 5 caracterizam mais de 60% dos atendimentos ao parto com uma assistência que se utilizou de três ou de mais práticas benéficas ao atendimento ao parto, demonstrando certa qualidade na assistência realizada pelas instituições, diferente do que foi encontrado nesta pesquisa. Tal resultado foi semelhante ao da pesquisa realizada por Oliveira (2015), em que os registros demonstraram frequências pequenas, 12,1% (49); 2,5% (10) e 0,2% (1), referentes às notas 3, 4 e 5, respectivamente. Outro estudo prospectivo realizado no Camboja, com mais de 170 mulheres, a pontuação 5 não foi encontrada em nenhum parto vaginal. Contudo, notas 3 e 4 apresentaram frequências positivas, 24,3% e 56,9% respectivamente, demonstrando que em mais de 80% dos atendimentos ao parto foram respeitadas três ou quatro das boas práticas avaliadas pelo Escore de Bologna (SANDIN-BOJO et al., 2012).

Nesta pesquisa, obtivemos diferente resultado dos encontrados no estudo de Gíglio, França e Lamounier (2011), em maternidades de Goiânia, no qual os autores verificaram que mais de 70% dos atendimentos obstétricos obtiveram notas menores ou iguais a 1, segundo os registros encontrados. Os achados dessa pesquisa demonstraram que assistências com notas menores ou iguais apareceram em menos da metade dos prontuários, 2,8%.

Por outro lado, um estudo sueco em 36 maternidades validou, em 2008, a proposta do Escore de Bologna para mensuração da qualidade da assistência ao parto e nascimento,em que demonstrava assistência de qualidade, nota 5, em 22,7% dos atendimentos pesquisados (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008). Frequência essa que se apresentou inferior nesta pesquisa, uma vez que apenas 14,4% das 104 mulheres entrevistadas contemplaram o registro da presença dos cinco padrões de qualidade do escore utilizado.

Neste estudo, mais de 33,5% dos registros obtidos nos prontuários apresentaram em sua assistência ao parto apenas uma ou duas práticas recomendadas pelas OMS. Ressaltamos, dessa forma, que uma delas foi o uso do partograma, presente em 92,3% (96) dos prontuários, instrumento que, além de monitorar a evolução do trabalho de parto, também serve para que as instituições do SUS recebam pelo atendimento realizado, devendo estar anexado junto ao prontuário de cada paciente. Levando em consideração que este padrão (uso do partograma) estaria presente oportunamente por uma necessidade do serviço, se este fosse desconsiderado, a grande maioria dos partos atendidos nas maternidades de risco habitual pesquisadas receberia apenas o escore geral de 1 ou 2.

Destarte, visamos avaliar, de modo geral, a assistência obstétrica de maternidades de risco habitual de Ribeirão Preto que prestam serviço ao sistema público de saúde (SUS). Cada instituição pesquisada apresenta suas peculiaridades e frequências específicas para cada padrão do Escore de Bologna, mas as pontuações pelos atendimentos e os resultados devem ser descriminados em momento oportuno.

No quadro 2, podem ser observadas informações comparativas das pontuações gerais do Escore de Bologna e sua localidade, segundo os autores.

Quadro 1 – Distribuição comparativa entre diferentes autores quanto às pontuações gerais do Escore de Bologna.

Nota/Local	Sandin-Bojo, Kvist, 2008	Giglio; França; Lamounier, 2011	Sandin-Bojo et al., 2012	Oliveira, 2015	Carvalho; Brito, 2016	Dionizio, 2020
	Suécia	Goiânia	Camboja	Curitiba	Natal	Ribeirão Preto
0		71,5%	6%	0,7%	1,9	
1				44,1%	17,8	2,8%
2				40,4%	52,6	30,7%
3			24,3%	12,1%	27,1	31,7%
4			56,9%	2,5%	0,6	20,1%
5	22,7%		0%	0,2%		14,4%

Fonte: elaborado pela autora.

No quadro 1, notam-se informações comparativas das pontuações gerais do Escore de Bologna e sua localidade, segundo os autores, referente ao escore obtido para cada parto, em cada prontuário pesquisado, de acordo com nota de presença. Cada parto assistido, deste modo, pontuaria na faixa de 0 a 5 pontos somando-se todos os cinco padrões de qualidade, dependendo dos registros encontrados.

Com isso, na análise conjunta das instituições encontrou-se a frequência de dos partos registrados os quais alcançaram a pontuação mínima de 0, segundo os dados referentes aos 104 prontuários; 2,8% (3) com pontuação 1; e 30,7% (32) partos com a pontuação 2. A pontuação 3 foi alcançada em 31,7% (33) dos partos, e a pontuação 4 em 20,1% (21) dos partos. Apenas 14,4% (15) atingiram a pontuação máxima de 5 do total das pesquisadas.

Como potencialidade das instituições, não encontramos nenhuma frequência de partos que recebeu nota 0, em que vimos ausência das práticas de qualidade na assistência ao parto relativas ao Escore de Bologna. Resultados inferiores ao encontrado foi o do estudo de Oliveira (2015), no qual a frequência de partos com nota 0 ocorreu em 0,7% (3) da amostra.

Todavia, como potencialidade da instituição pesquisada, nos registros demonstraram frequências melhores, 31,7% (33); 20,1% (21) e 14,4% (15), referentes às notas 3, 4 e 5, respectivamente. Pontuações de 3 a 5 caracterizam assistência que se utilizou de três ou mais práticas benéficas ao atendimento ao parto, demonstrando certa qualidade na assistência realizada pela instituição, o que foi encontrado nesta pesquisa, porém com pontos a serem melhorados e, de certa forma, melhor aprofundados em pesquisas futuras.

Em estudo prospectivo realizado no Camboja, com mais de 170 mulheres, a pontuação 5 não foi encontrada em nenhum parto vaginal. Entretanto, notas 3 e 4 apresentaram frequências positivas, 24,3% e 56,9% respectivamente, demonstrando que em mais de 80% dos atendimentos ao parto foram respeitadas três ou quatro das boas práticas avaliadas pelo Escore de Bologna (SANDIN-BOJO et al., 2012).

Nesta pesquisa obtivemos diferente resultado dos encontrados no estudo de Gíglio, França e Lamounier (2011), em maternidades de Goiânia, no qual os autores verificaram que mais de 70% dos atendimentos obstétricos obtiveram notas menores ou iguais a 1. Em contraponto, esta pesquisa demonstra que assistências com notas menores ou iguais apareceram em menos da metade dos prontuários, 2,8%.

Por outro lado, estudo sueco em 36 maternidades, que validou a proposta do Escore de Bologna para mensuração da qualidade da assistência ao parto e ao nascimento, já em 2008, demonstrava assistência de qualidade, nota 5, em 22,7% dos atendimentos pesquisados (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008). Frequência essa que se apresentou inferior nesta pesquisa,

uma vez que apenas 14,4% dos 104 prontuários contemplaram registro da presença dos cinco padrões de qualidade do escore utilizado.

No atual estudo, a média das pontuações ficou 3,1, no qual as maiores pontuações estiveram entre 2 (30,7%) e 3 (31,7%). Semelhante ao estudo de Carvalho e Brito (2016), as maiores pontuações alcançadas estavam entre 2 e 3 respectivamente, sendo 52,6% e 27,1%.

Na pesquisa de Curitiba, aproximadamente 85% dos registros dos prontuários apresentaram em sua assistência ao parto apenas uma ou duas práticas recomendadas pelas OMS. Ressaltamos que uma delas foi o uso do partograma, presente em 98,5% (400) dos prontuários, instrumento que, além de monitorar a evolução do trabalho de parto, também serve para que as instituições do SUS recebam pelo atendimento realizado, devendo estar anexado junto ao prontuário de cada paciente. No mesmo caso, neste estudo, 92,3%(96) dos 104 prontuários utilizados para pesquisa na referida instituição do município de Ribeirão Preto possuíam o uso do partograma, o que também trouxe um aumento na média do escore de Bologna para o estudo.

Tendo em vista que esse padrão (uso do partograma) estaria presente oportunamente por uma necessidade do serviço, se ele fosse desconsiderado, a grande maioria dos partos atendidos nas maternidades de risco habitual pesquisadas receberia apenas o escore geral de 3 ou 2.

Visamos avaliar, de modo geral, a qualidade da assistência obstétrica de maternidades de risco habitual de uma maternidade do interior paulista que presta serviço ao sistema público de saúde, para, então, podermos correlacionar com o AME. Cada instituição pesquisada apresenta suas peculiaridades e frequências específicas para cada padrão do Escore de Bologna, mas as pontuações pelos atendimentos e esses achados devem ser descriminados em momento oportuno.

Conclusão

7. CONCLUSÃO

Assim, o objetivo deste estudo foi o de analisar a influência das práticas de rotina nos atendimentos hospitalares durante a assistência ao parto, além de discutir os fatores associados a esse e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo. Dessa forma, podemos, nesta pesquisa, descrever limitações nessa atenção perinatal praticada nas maternidades, as quais sugerem lacunas no atendimento ao parto e ao nascimento, assim como potencialidade para obtenção da qualidade na assistência por consequência de indicadores de mortalidade materna mais favoráveis.

A pesquisa alcançou o objetivo almejado de avaliar as mulheres as quais receberam assistência de qualidade durante o parto e o nascimento de seu filho, mantendo a amamentação materna exclusiva por um tempo maior que aquelas que não obtivera melhor assistência ao parto. Além disso, correspondeu ao recomendado pelas políticas nacionais e mundiais, no que se refere à necessidade de identificar fatores específicos da realidade de uma determinada região, a fim de gerar dados que orientem ações e políticas para o alcance das finalidades do milênio, e posteriormente, para que permitam o acompanhamento da sua evolução.

Os achados nesta pesquisa demonstraram que o parto atendido por profissional da saúde na qualidade de enfermeiro, dentro do um ambiente hospitalar, determinou que houvesse maiores scores de qualidade na assistência e que aumentasse o tempo de aleitamento materno exclusivo para as crianças. Vale lembrar que hoje um atendimento de qualidade é aquele que assegura um parto e um nascimento como momento fisiológico, intervindo apenas o necessário à continuidade desse processo, de modo a garantir o respeito e a autonomia da mulher.

De tal forma, podem ser sugeridas algumas estratégias para potencializar esse processo de mudança, como: o estímulo à contratação e à valorização de enfermeiras- - sua especialização também valorizada pelas instituições-, pelo fato de que profissional tem papel chave na mudança do modelo de assistência; estímulo aos profissionais para realizarem o acompanhamento do trabalho de parto com o uso das evidências científicas, por meio das entidades de classes ou de direção das instituições; capacitação dos profissionais na assistência ao parto e ao recém-nascido, a fim de fornecer subsídios para dar suporte e apoio à parturiente, com competência técnica, incluindo escuta ativa e medidas de incentivo do contato pele a pele, proporcionando, então, maiores possibilidades do estabelecimento da amamentação ainda em sala de parto.

Acreditamos que este estudo pode trazer à realidade brasileira novos subsídios para os profissionais que atuam na assistência junto às mulheres e aos seus filhos, contribuindo diretamente para a melhoria da assistência ao parto e ao aleitamento materno.

Limitações do Estudo

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Não houve durante o levantamento de dados, na literatura, um instrumento específico para avaliar a relação da amamentação materna exclusiva durante os seis primeiro meses de vida do bebê com a qualidade da assistência prestada durante o parto.

Muitas mulheres podem ter se sentido acanhadas no momento da entrevista, apesar de o instrumento utilizado ter sido projetado para ser aplicado em mulheres sem nenhum tipo de agravo à saúde, com o fito de avaliar apenas os aspectos biológicos da saúde reprodutora da mulher. Assim, sabendo-se que cada mulher possui uma especificidade intrínseca relacionada ao biopiscicossocial, trazer à tona tais experiência podem causar desconfortos e lembranças a elas que talvez possam ter deixado as mulheres acanhadas em algum momento.

Todavia, devemos levar em consideração alguns pontos importantes do estudo, como a ênfase nos aspectos éticos durante as entrevistas: imprescindível que a mulher estivesse sozinha durante a coleta de dados a respeito de sua saúde sexual; o fato de apenas a pesquisadora principal ter realizado a coleta de dados na maternidade, evitando, por conseguinte, os vieses de coleta que ocorrem quando há um número maior de entrevistadores e, por fim, a utilização do instrumento Redcap, inovador na área da pesquisa em saúde na enfermagem.

Referências

9. REFERÊNCIA

AIKEN A; THOMSON G. Professionalisation of a breast-feeding peer support service: issues and experiences of peer supporters. **Midwifery**, v. 29, 2013, p.145-151.

ALDEN, D.L; HOA, D.M; BHAWUK, D. Client satisfaction with reproductive health-care quality: integrating business approaches to modeling and measurement. **Social Science & Medicine**, v. 59, n. 11, p. 2219-2232, 2004.

AMORIM M.M.R; PORTO A.M.F; SOUZA A.S.R. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina, v,** 38, n.8, p.415-22, 2010.

ANDRADE, H.S; PESSOA, R.A; DONIZETE, L.C.V. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.

ARAÚJO, L. E. A. S. T; SALES, J. R. P; MELO, M. C. P.; MENDES, R. N. C.; MISTURA, C. Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. **Espaço Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 25-36, 2014.

BORSA, J. C.; FEIL, C. F. O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão. **O Portal dos Psicólogos**. p. 1-8, 2008. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf

BRAMADAT, Ina J.; DRIEDGER, Mary. Satisfaction with Childbirth: theories and methods of measurement. **Birth**, v. 20, n. 1, p. 22-29, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e nutricional. **Aleitamento materno: presente saudável, futuro sustentável.** Conselheira Ana Júlia Colameo. Brasília, 2016. Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2016/aleitamento-materno-presente-saudavel-futuro-sustentavel

BRASIL. **Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 3 : promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós parto imediato, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan)**. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.068**, de 21/10/2016 sobre diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto. Diário Oficial da União**,** Brasília, 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-068-de-21-de-outubro-de-2016-24358443

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Ações Programáticas Estratégicas**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS , Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 1998, p. 18-22. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

BRASIL. Ministério da saúde. Sociedade brasileira de pediatria. **Os dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos**, 1ª edição, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_alimentacao_saudavel_menores_2anos_1edicao.pdf

BRASIL. Segurança Alimentar e nutricional**. Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM).** Aliança Mundial para Ação em Amamentação. Amamentação e trabalho: vamos fazer dar certo!. 2015. Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2015/semana-mundial-do-aleitamento-materno-2015

BRÁZIO, F.M.S.L. **Satisfação no Trabalho Um estudo de caso na Administração do Porto de Viana do Castelo**. 2016. Dissertação. Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2016.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A**.** A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [online]. v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAISAN. Câmara interministerial de segurança alimentar e nutricional. **Plano nacional de segurança alimentar e nutricional**. Aprovado pelo pleno executivo da câmara interministerial de segurança alimentar e nutricional, 2016. Disponível em: https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/BRA%202016%20PLANSAN.pdf

CARVALHO, I.S; BRITO, R.S. Utilização do Índice de Bologna para avaliação da assistência ao parto normal. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 741-748, 2016.

CHALMERS, B; PORTER, R. Assessing Effective Care in Normal Labor: the bologna score. **Birth**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 79-83, 2001.

CONASS. Conselho nacional de secretários de saúde. **Aleitamento Materno: Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância**. Brasília, 2017. Disponível em: https://www.enciclopedia-crianca.com/aleitamento-materno

COSTA, L.D; CURA, C.C; PERONDI, A.R; FRANÇA, V.F; BORTOLOTI, D.S. Perfil Epidemiológico de Gestantes de Alto Risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 2-8, 2016.

COSTA, M. L. G. P. V. **Mais Saber, Melhor Enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados**. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. **Lisboa**, 2012. Tese. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2012.

DINIZ, C.S.G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 140-153, 2014.

DREW, N. C.; SALMON, P.; WEBB, L.. Mothers', midwives' and obstetricians' views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth. **Bjog**: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 96, n. 9, p. 1084-1088, 1989.

ESSER, M. A. M. S. **Atuação da enfermeira obstétrica: compreendendo a sua vivência e a realidade da assistência**. 2016. 224f. **Tese.** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2016.

ESTEVES, T.M.B.; DAUMAS, R.P.; OLIVEIRA, M.I.C.; ANDRADE, C.A.F.; LEITE, I.C. Factorsassociated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. **Revista de Saúde Pública,** v.48, n. 4, 2014, p. 697-708.

FARLEY, H. et al. Patient Satisfaction Surveys and Quality of Care: an information paper. **Annals Of Emergency Medicine**, v. 64, n. 4, p. 351-357, 2014.

FIGUEIREDO, B; COSTA, R; PACHECO, A. Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**,v. 20, n. 2, p. 203-217, 2012.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Imago. Rio de Janeiro. 1980.

GAVINE, A. et al. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, n. 1, p. 1-7, 2016.

GIGLIO, M.R.P; FRANÇA, E; LAMOUNIER, L.A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 10, 2011. p. 297- 304.

GOODMAN, P; MACKEY, M.C.; TAVAKOLI, A.S. Factors related to childbirth satisfaction. **Journal Of Advanced Nursing**, v. 46, n. 2, p. 212-219, 2004.

GORDIS, L. Epidemiology. **Elsevier Saunders**. Philadelphia. 2004.

HANSEN, Keith. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 416, 2016.

HARRIS, P.A. et al. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal Of Biomedical Informatics**, v. 42, n. 2, p. 377-381, 2009.

HERZBERG, F. One More Time: How do You Motivate Employees? **Motivating People**, 2003. Disponível em: https://kyleshulfermba530.weebly.com/uploads/2/3/4/5/23454770/one_more_time_-_how_do_you_motivate_employees.pdf

HERZBERG, F; MAUSNER, B; SNYDERMAN, B. The motivation to work. **John Wiley and Sons**. New York, 1959. Disponível em: https://www.worldcat.org/title/motivation-to-work/oclc/803681223

HODNETT, E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, v. 186, n. 5, p. 160-172, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013**. Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2015. Disponível em: https://ibge.gov.br/.

JANZEN, J.A; SILVIUS, J; JACOBS, S; SLAUGHTER, S; DALZIEL, W; DRUMMOND, N. What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory. **Health Expectations**, v. 9, n. 1, p. 37-48, 2006.

JOHANSSON, P; OLÉNI, M; FIDLUND, B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. **Scandinavian Journal Of Caring Sciences**, v. 16, n. 4, p. 337-344, 2002.

KALIL, I.R; AGUIAR, A.C. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 208-223, 2016.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 192-207, 2014.

LAVADO, M.M; SILVEIRA, C.D; CARNIEL, D; SOUZA HOPF,F; DUTRA, F.W; RIGON,M. L; BARROS,M. L. B. A. Fatores associados à via de parto atual em mulheres com cesariana prévia. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.44, n.3, 2016, p.11-22.

LEAL, M.C. et al. Provider-Initiated Late Preterm Births in Brazil: differences between public and private health services. **Plos One**, v. 11, n. 5, p. 1-14, 2016.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science & Medicine**, v. 16, n. 5, p. 577-582, 1982.

LOCKE, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Org.), Handbook of industrial and organizational psychology. **Rand McNally College Publishing Company.** Chicago, v. 1, p. 1297-1350, 1976.

LORENZETTI, J; LANZONI, G.M.M; ASSUITI, L.F.C; PIRES, D.E.P; RAMOS, F.R.S. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014.

LUCAS, J.A. The satisfaction survey that matters. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, v. 206, n. 6, p. 518-522, 2012.

MACIEL, A.P.P. et al. Conhecimento de gestantes e lactantes sobre aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 3, p. 311-317, 2013.

MANENTE, M.V; RODRIGUES, O.M.P.R. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. **Pensando fam**. [online]. v.20, n.1, p. 99-111, 2016.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, v. 365, n. 9464, p. 1099-1104, 2005.

MARMOT, M.G; STANSFELD, S; PATEL, C; NORTH, F; HEAD, J; WHITE, I; BRUNNER, E; FEENEY, A; MARMOT, M.G; SMITH, G.D. Health inequalities among British civil servants: the whitehall ii study. **The Lancet**, v. 337, n. 8754, p. 1387-1393, 1991.

MASLOW, A. A Theory of Human Motivation. **Harper &Row.** New York. 1943.

MASLOW, A. Motivation and Personality. **Harper &Row** . New York. 1954.

MELEIS, A. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. **Springer Publishing Company.** New York. 2010. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

MENETRIER, J.V, ALMEIDA, G. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. **Revista Saúde e Pesquisa**., v.9, n.3, p. 433-441, 2016.

MONTEIRO, J.C.D; NAKANO, A.M.S; GOMES, F.A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil**. Investimento Educação Enfermagem,** v. 29, n.2, p. 315 – 321, 2011.

MONTEIRO, J.C.S. **Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante aleitamento materno exclusivo,** 2008. Tese, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008.

MOORE, E.R; BERGMAN, N; ANDERSON, G.C; MEDLEY, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, p. 1-12, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd003519.pub4

MORAES, L.F.R; KILIMNIK, Z.M; SANTOS, A.M. As dimensões básicas do trabalho, qualidade de vida e stress: uma pesquisa com chefias em empresas mineiras. **O Alferes.** v. 10, n. 35, 2018.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health**, v. 13, n. 3, p. 1-9, 2016.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000, p. 70-102.

NOVO, J.L.V.G; PELLICCIARI, C.R; CAMARGO, L.A; BÁLSAMO, Sérgio B; NOVO, N.F. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 19, n. 2, p. 67-71, 2017.

OLIVEIRA, F.A.M.D. **Avaliação da Atenção Perinatal em Maternidades de Risco Habitual em Município do Sul do Brasil**. 2015.Tese. Universidade Federal do Paraná, 2015. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1037798

OLIVEIRA, M.I.C; HARTZ, Z.M.A; NASCIMENTO,V.C; SILVA, K.S. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 3, 2012.

OLIVEIRA, S.M.J.V; RIESCO, M.LG; MIYA,C.F.R; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PASCOE G.C. Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. **Evaluation and Program Planning.** v.6, p.185-210, 1983.

PASSANHA, A. et al. Implantación de la Rede Amamenta Brasil y prevalência de lactancia materna exclusivo**. Revista Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1141-1148, 2013.

PEREIRA, A. **Fatores de satisfação profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica**, 2010. Dissertação. Universidade da Beira Interior, Covilhã. 2010. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/3867?mode=full

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1995.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
POLIT, D. F; BECK, C. T. **Delineamento de pesquisas quantitativas**. Lippincott Williams & Wilkins. 7ª ed. Philadelphia, 2011.

RAMHMDANI, S; BYDON, A. The “patient experience”: a quality metrict beaware of. **The Spine Journal**, v. 16, p.1290–1291, 2016.

RAMOS, C.V; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 3, n.3, p. 315-321, 2003.

REA, M.F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração.**Cad Saúde Pública**; v. 19, p.37-45, 2003.

REZENDE, R.J; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto. **Plano municipal de saúde (2018-2021)**, 2017. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/plano-municipal-saude

ROCCI, E; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 67, n. 1, 2014.

RODRIGUES, A.P; PADOIN, S.M.M; ALDRIGHI, J.D; PAULA, C.C; XIMENES, L.B.

Caracterização Sociodemográfica e Obstétrica de Puérperas Internadas em Aloiamento Conjunto no Brasil. **Ciencia y Enfermería**, v. 22, n. 1, 2016.

ROLLINS, N.C. et al. Lancet Breastfeeding Series Group Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet,** v. 387, n. 10017, p.491-504, 2016.

SAMPAIO, A.F.S; ROCHA, M.J.F; LEAL, E.A.S. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the public maternity hospital of rio branco, acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 559-566, 2018.

SANDIN-BOJO, A. K; KVIST, J. L. Care in labour: a Swedish survey using the Bologna score. **Midwifery,** 2008. p. 321–328.

SANDIN-BOJÖ, A.-K; HASHIMOTO, M; KANAL, K; SUGIURA, Y. Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: a survey using the bologna score. **Midwifery**, v. 28, n. 6, p. 880-885, 2012.

SANTANA, A. M; ALMEIDA, S. M. C; PRADO, L. O. M. **Urgências/Emergências Obstétricas X Assistência ao Pré-Natal**. Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde, v. 11, n. 11, p. 46, 2010.

SCHINCAGLIA, R.M; OLIVEIRA, A.C; SOUSA, L.M; MARTINS, K.A. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, 2015.

SILVA, G.F; PELLOSO, S.M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 95-102, 2009.

SILVA, I. A. Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo. **Relatório de pesquisa. FAPESP**, 2007.

SILVA, M. M. **Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na concepção dos profissionais de saúde**, 2014. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem Saúde Pública, 2014.

TARLOV, A. **Social Determinants of Health: the sociobiological translation**. In: BLANE, D; BRUNNER, E; WILKINSON, R. (Ed.). Health and social organization: Toward a health policy for the 21stcentury. London: Routledge, 1996.

TEIXEIRA, C.S; BARBOSA, T.L; MARANGONI, V.S.L; NEVES, A.L.M; THERENSE, M. Aspectos da gestação e puerpério de mulheres com transtornos mentais. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 13, p. 691-702, 2019.

TEIXEIRA, E; GURGEL, H; MONTEIRO, D; BARMPAS, D; TRAJANO, A. RODRIGUES, N. Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil –análise da frequência entre 2006 e 2012. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.14, n.1, 2015.

TEIXEIRA, R.M. **Estatística Portuária - Impacto na Gestão dos Portos**. 2013. **Dissertação**. Universidade de Aveiro, 2013.

THOMSON, G; BALAAM, M.C. International insights into peer support in a neonatal context: a mixed-methods study. **Plos One**, v. 14, n. 7, 2019.

TORAL, A. et al. Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 8, n. 1, p. 45-53, 2018.

VALADÃO JÚNIOR, V.M. et al. As multimulheres da universidade: carreira, vida pessoal e competências docentes de professoras de programas de pós-graduação. **Revista Gestão Universitária na América Latina - Gual**, p. 133-155, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5007/1983-4535.2018v11n2p133.

VEGA, J.B.; TADDEI, J.A.A. C; POBLACION, A.P. Socio-demographic and nutritional characteristics of Brazilian children under 2 years of age who were beneficiaries of conditional cash transfer programs in 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 12- 931, 2014.

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VROOM, V.H. **Work and motivation**. New York: Wiley, 1964. p. 331. Disponível em: http://garfield.library.upenn.edu/classics1985/A1985AKX9100001.pdf

WIJMA, K. Post-traumatic stress disorder and childbirth. **Psychiatric Disorders And Pregnancy**, p. 170-205, 2006. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1201/b14475-11.

WILLE, F.S.C.A; ALMEIDA, N.A.M. Caracterização sócio-demográfica e obstétrica de gestantes e puérperas atendidas em uma maternidade pública de Goiânia. VIII congresso de pesquisa, ensino e extensão – CONPEEX, 2011. Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/FABIANE_.PDF

WOODWARD, L.J; LIBERTY, K.A. Early inhibitory control and working memory abilities of children prenatally exposed to methadone. Early human development. v. 116. 2017, p. 68-75.

WOORDWARD, L.J; LIBERTY O, K.A. aleitamento materno e o desenvolvimento psicossocial da criança. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, 2011. Disponível em: http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=1940

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF). **Aleitamento: Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria 820 mil crianças por ano no mundo.** UNICEF/ ONUBR. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5729:aleitament

o-materno-nos-primeiros-anos-de-vida-salvaria-mais-de-820-mil-criancas-menores-de-cinco-anos-em-todo-o-mundo&Itemid=820

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1: Definitions: conclusions of a consensus meeting held.** Geneva; 2008. Disponívelem:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43895/1/9789241596664_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course**. Promoting Effective Perinatal Care**.** Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Programa das Nações unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o mundo**, 2015. Disponível em: https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015/sdg-overview1/mdg1.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Social determinants of health**. Geneva, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). United Nations Population fund (UNFPA), United Nations Children's Fund. (UNICEF). Integrated management of pregnancy and childbirth. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd ed. World Health Organization**.** Geneva, 2015. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/

Apêndices

APÊNDICE A
Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Nome da pesquisa: Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto-SP.

Pesquisadora: Leticia de Almeida Dionizio Informações sobre a pesquisa

Gostaria de te convidar a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta é pesquisar se há influência das práticas de rotina nos atendimentos hospitalares durante a sua assistência ao parto, e ver, também, se existem fatores associados (Ex. fatores sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais) que podem interferir na duração da amamentação que você irá oferecer para seu filho no período de 6 meses. Para isso, faremos algumas perguntas sobre seus dados pessoais, sua rotina em casa com a alimentação do bebê, ou seja, conhecer como você faz para amamentar seu bebê. Também pedimos autorização para consultar em seu prontuário informações referentes à evolução do seu parto atual. O tempo previsto para realização dessas atividades será de aproximadamente 25 minutos.

A sua participação neste estudo poderá trazer alguns desconfortos, por exemplo, ficar constrangida com algumas perguntas que serão feitas na escala, por não saber responder ou por lembrar de algumas situações que lhe foram desagradáveis. Eu estarei presente na maternidade para conversarmos e para orienta-la sobre esses desconfortos, caso seja necessário.

Você pode aceitar ou não participar, e, caso aceite, eu pesquisador(a) assumo o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade, assim como garanto que o desenvolvimento da pesquisa não acarretará risco ou desconforto à sua saúde.

A qualquer momento da pesquisa, caso não seja de seu interesse continuar com sua participação, haverá a possibilidade de retirar este consentimento e isso não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradecemos a colaboração, e me coloco à disposição para os esclarecimentos que você julgar necessário.

Você não será beneficiada diretamente com sua participação, mas pode esperar alguns benefícios, tais como: possibilidade de melhor planejar-se uma assistência de qualidade durante o parto e o nascimento, mantendo, assim, a amamentação materna exclusiva de 6 meses. Acreditamos que este estudo poderá trazer à realidade brasileira novas contribuições, para que os profissionais melhorem a assistência de parto junto às mulheres e aos seus filhos, contribuindo diretamente para a melhoria do aleitamento materno.

Caso você queira se comunicar conosco, o endereço da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP é Avenida Bandeirantes n. 3900, fone (016) 33153405.

Atenciosamente,

Pesquisadora_____

Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes - Coordenadora do projeto_____

Eu _____--após o recebimento das informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida. Assinando este documento, há a garantia de que meu nome será preservado.

RibeirãoPreto,_____de_____de_____

Assinatura da participante_____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre Esclarecido do responsável legal(TCLE)

Nome da pesquisa: Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto-SP.

Pesquisadora: Leticia de Almeida Dionizio

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidar sua filha a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta é pesquisar se há influência das práticas de rotina nos atendimentos hospitalares durante a sua assistência ao parto, e ver, também, se existem fatores associados (Ex. fatores sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais) que podem interferir na duração da amamentação que você irá oferecer para seu filho no período de 6 meses. Para isso, faremos algumas perguntas sobre seus dados pessoais dela, rotina dela em casa com a alimentação do bebê, ou seja, conhecer como ela faz para amamentar seu bebê. Também pedimos autorização para consultar prontuário dela sobre informações referentes à evolução do seu parto atual. O tempo previsto para realização dessas atividades será de aproximadamente 25 minutos.

.

A participação de sua filha poderá trazer alguns desconfortos, por exemplo, ficar constrangida com algumas perguntas que serão feitas na escala, por não saber responder ou lembrar de algumas situações que lhe foram desagradáveis. Eu estarei presente na maternidade para conversarmos e orientá-la sobre esses desconfortos, caso seja necessário.

Ela pode aceitar ou não participar, e, caso aceite, eu pesquisador(a) assumo o compromisso de manter sigilo sobre a identidade dela, além de que será pedido a você e a ela que assinem duas vias deste mesmo termo, os quais são exatamente iguais em forma e conteúdo, sendo que uma ficará com você e a outra com o pesquisador(a). Essa pesquisa, não vai surtir nenhuma despesa, ou seja, você não vai precisar pagar nada por estar participando. Sua filha terá o direito à indenização, na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, pelo pesquisador, pelo patrocinador e pelas Instituições envolvidas nas diferentes fases da Pesquisa.

A sua filha não será beneficiada diretamente com participação dela, mas pode-se esperar alguns benefícios, tais como: possibilidade de melhor planejar uma assistência de qualidade durante o parto e o nascimento, mantendo, assim, a amamentação materna exclusiva de 6 meses. Acreditamos que este estudo poderá trazer à realidade brasileira novas contribuições, para que os profissionais melhorem a

assistência de parto junto às mulheres e seus filhos, contribuindo diretamente para a melhoria do aleitamento materno.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados (tornados públicos) em eventos científicos, na mídia, ou em outros lugares, no entanto garanto, como pesquisador(a), que a identidade de sua filha será o tempo todo da pesquisa mantida em segredo, isso que dizer que, em todo o processo da pesquisa e publicação e/ou divulgação, serão divulgados apenas os dados que serão levantados pelo estudo.

A qualquer momento da pesquisa, caso não seja do interesse dela, poderá deixar de participar, e isso não interferirá no atendimento dela aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradecemos a colaboração, e me coloco à disposição para os esclarecimentos que você julgar necessário.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), cuja função é proteger eticamente o participante de pesquisa. Caso você queira se comunicar conosco o endereço da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP é Avenida Bandeirantes n. 3900, fone (016) 33153419. Horário de atendimento de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h.

Atenciosamente,

Pesquisadora_____

Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes - Coordenadora do projeto_____

Eu _____--após o recebimento das informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida. Assinando este documento, há a garantia de que meu nome será preservado.

RibeirãoPreto,_____de_____de_____

Assinatura da participante_____

.

APÊNDICE C
Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE)

Nome da pesquisa: Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto-SP.

Pesquisadora: Leticia de Almeida Dionizio Informações sobre a pesquisa

Gostaria de te convidar a participar de uma pesquisa que será realizada neste serviço de saúde. A intenção desta é pesquisar se há influência das práticas de rotina nos atendimentos hospitalares durante a sua assistência ao parto, e ver, também, se existem fatores associados (Ex. fatores sociais, econômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais) que podem interferir na duração da amamentação que você irá oferecer para seu filho no período de 6 meses. Para isso, faremos algumas perguntas sobre seus dados pessoais, sua rotina em casa com a alimentação do bebê, ou seja, conhecer como você faz para amamentar seu bebê. Também pedimos autorização para consultar em seu prontuário informações referentes à evolução do seu parto atual. O tempo previsto para realização dessas atividades será de aproximadamente 25 minutos.

A sua participação neste estudo poderá trazer alguns desconfortos, por exemplo, ficar constrangida com algumas perguntas que serão feitas na escala, por não saber responder ou por não lembrar de algumas situações que lhe foram desagradáveis. Eu estarei presente na maternidade para conversarmos e orientá-la sobre esses desconfortos, caso seja necessário.

Você pode aceitar ou não participar, e, caso aceite, eu pesquisador(a) assumo o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade, assim como garanto que o desenvolvimento da pesquisa não acarretará risco ou desconforto à sua saúde.

A qualquer momento, caso não seja do seu interesse continuar coma. participação, haverá a possibilidade de retirar este consentimento e isso não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradecemos a colaboração, e me coloco à disposição para os esclarecimentos que você julgar necessário.

Você não será beneficiada diretamente com sua participação, mas pode esperar alguns benefícios, tais como: possibilidade de melhor planejar uma assistência de qualidade durante o parto e o nascimento, mantendo, assim, a amamentação materna exclusiva de 6 meses. Acreditamos que este estudo poderá trazer à realidade brasileira novas contribuições, para que os profissionais melhorem a assistência de

parto junto às mulheres e aos seus filhos, contribuindo diretamente para a melhoria do aleitamento materno. CAAE: 96778818.8.0000.5393

Caso você queira se comunicar conosco o endereço da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP é Avenida Bandeirantes n. 3900, fone (016) 33153405.

Atenciosamente,

Pesquisadora_____

Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes - Coordenadora do projeto_____

Eu _____--após o recebimento das informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida. Assinando este documento, há a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto,_____de_____de_____

Assinatura da participante_____

APÊNDICE D

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto-SP.

Pesquisador: Leticia de Almeida Dionizio

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 96778818.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.980.715

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas às pendências

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora realizou as correções no TCLE conforme solicitado

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

APÊNDICE E

Aprovação do Comissão de Ética em Pesquisa- Centro de Referência de Cuidados em Saúde da Mulher

mater

CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO

COMISSÃO DE PESQUISA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO - MATER

Ref.: Projeto de Pesquisa: Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único.

Nº 012/2018

Leticia de Almeida Dionizio

Prezado Pesquisador (a)

Informamos que o seu projeto foi avaliado pela Comissão de Pesquisa Clínica do CRSM-Mater no dia 13/12/2018 e considerado **aprovado** para realização nessa instituição.

Lembramos que essa aprovação pressupõe o cumprimento das seguintes necessidades:

1- Apresentação do parecer do CEP antes do início da abordagem de potenciais sujeitos para o estudo
2- Apresentação de relatórios parciais (Anexo 3), semestralmente, indicando o andamento da pesquisa.
3- Apresentação de relatório final de pesquisa (Anexo 3) que deverá ser acompanhado de um resumo estruturado da mesma (uma lauda, contendo introdução, métodos, resultados e conclusões) para a documentação do projeto de pesquisa junto ao CRSM-Mater
4- Todos os procedimentos relacionados ao projeto da pesquisa que não estejam dentro da rotina do serviço deverão ser realizados pela equipe do projeto, não se utilizando de funcionários da instituição.

Atenciosamente,

Carolina Sales Viera Macedo

PROFª. DRª. CAROLINA SALES VIERA MACEDO

Presidente da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher

Av. Wanderley Taffo, nº 330 – Quintino Facci II - CEP 14070-250 – Ribeirão Preto – SP
Fone: (16) 3962-8200 - Fax: (16) 3962-8213

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e obstétrica

Nome da participante Registro na MATER Data_____Formulário n° _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
DATANASC		Data de nascimento_____/_____/_____
IDADE		Idade ____anos completos
CORAUTO		Cor auto referida ( ) 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5vermelha
ESCOLAR		Escolaridade( )1 analfabeta, 2 ensino fundamental incompleto, 3 ensino fundamental completo, 4 ensino médio incompleto, 5 ensino médio completo,6 ensino superior incompleto, 7 ensino superior completo, 8 pós-graduada
PAROUEST		Parou de estudar por causa da gravidez? ( )1 sim, 2 não
RELIGIAO		Religião ( )1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4, protestante, 5 judaica, 6 afro-brasileira,7 budista, 8 muçulmana, 9 testemunha de Jeová, 10 anglicana, 11 agnóstica, 12 ateia, 13 creio em Deus, mas não tenho religião, 14 não tem,15 outras_____
OCUPACAO		Ocupação( ) 1 realiza trabalho remunerado fora do lar, 2 não realiza trabalho remunerado fora do lar
ESTMARIT		Estado marital( ) 1 solteira, 2 casada, 3 amasiada,4 divorciada/separada, 5 outra
MORADIA		Situação de moradia ( )1própria,2alugada,3emprestada,4invadida5outra
RENDA		Renda familiar em reais_____
AJUDA		Alguém te ajudará com os cuidados do bebê? ( )1 sim, 2 não
AJUDQUEM		Se sim,quem?( ) 1 marido/companheiro, 2 mãe, 3 sogra, 4 outro familiar, 5 amiga, 6 outro_____999 não se aplica (não terá ajuda)

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
NUMGESTA		Número de gestações ()
NUMPARTO		Número de partos ()
NUMABORT		Número de abortos ( )999 não se aplica (não teve)

NUMFILH		Número de filhos vivos ( )
GESTPLAN		Gestação atual foi planejada? ( )1 sim, 2 não
IGPN		Idade gestacional do início do pré-natal em semanas _____
NUMPN		Número de consultas de pré-natal_____
INTGES		Intercorrências na gestação atual ( )1 sim, 2 não
INTGESQU		Intercorrências na gestação atual Se sim,qual_____
DATAPART		Data do parto _____
TIPOPART		Tipo de parto atual ( )1 normal, 2 cesárea, 3 fórceps
INTPART		Intercorrências no parto ( )1 sim, 2 não
INTPARTQ		Intercorrências no parto? Se sim,quais?_____
INTPOSP		Intercorrências no pós-parto (...) 1 sim, 2 não
INTPOSPQ		Intercorrências no pós-parto? Se sim,quais?_____
SEXOCRIA		Sexo do recém-nascido ( )1 feminino, 2 masculino
PESONASC		Peso do recém-nascido no nascimento em gramas_____
AMPRIHR		Realizou amamentação na 1ª hora pós-parto ( ) 1 sim, 2 não, 3 não sabe
AMCOLETA		Aleitamento no momento da coleta de dados ( )1 aleitamento materno exclusivo, 2aleitamento materno predominante, 3 aleitamento materno misto, 4 não está amamentando

ANEXO B – Índice de Bologna (IB)

	Idade da mulher em anos
	Data de nascimento da criança
	Semana de gestação (assinalar uma alternativa) a. <37 ( ) b. 37-42 () c. ≥42 ( )
	Paridade (assinalar uma alternativa) a. primípara ( ) b. multípara ( ) a. primípara obstétrica (primípara parto normal) ()
	O hábito de fumar (assinalar uma alternativa) a. nunca () b. 1-9 cig / dia () c. ≥10 cig / dia ()
	Peso e comprimento no início da gravidez a. peso(kg) __ b. comprimento(cm)__
	Estado civil (assinalar uma alternativa) a. casado () b. amasiada () c. solteira ( ) d. outros ()
	Na admissão para a maternidade a mulher estava em trabalho de parto ativo? ou seja, pelo menos, dois dos três critérios seguintes foram satisfeitos; as contrações uterinas normais (pelo menos duas contrações por 10 min, rotura espontânea de membranas ou colo do útero dilatado 3 centímetros ou mais? ( ) sim ( ) não
.	Na chegada na maternidade a mulher foi considerada de baixo risco? ou seja, a mulher foi na semana gestacional 37- 41 + 6, com uma gravidez única, bebê na apresentação cefálica, ritmo cardíaco fetal normal (110-150 batimentos / min), as contrações espontâneas / ruptura de membranas com fluido amniótico claro, a pressão arterial diastólica <90 mmHg , não antes (cesariana, anterior ainda nascimento, hemorragia> 1000ml, a ruptura do esfíncter anal) ou apresentam riscos obstétricos (por exemplo, apresentação pélvica, intrauterino retardo do crescimento fetal (SGA) ou condições médicas que podem afetar a gestão da entrega. ( ) sim ( ) não Se não especificar razão se gemelar,pré-eclâmpsia_____

	“Escore Bologna”

	Início do trabalho de parto (assinalar uma alternativa) ( ) admitida em trabalho de parto espontâneo ( ) cesariana eletiva ( ) indução do parto
	A mulher foi assistida por (assinalar uma alternativa) ( ) enfermeira ( ) estudante de enfermagem ( )médico ( ) estudante de medicina ( )outros_____
1	A mulher estava acompanhada por um parceiro / parente / ou outro significativo? ( ) sim ( ) não
2	Foi utilizado um partograma para acompanhar o trabalho de parto? ( ) sim ( ) não
3	O nascimento aconteceu sem intervenção (estimulação artificial do trabalho de parto, a pressão uterina, a extração por vácuo, ou cesariana)? ( ) sim ( ) não Se não, por favor sublinhar método / métodos para destaque na frase acima)
4	A mulher deu à luz em alguma dessas posições: sentada, ajoelhada, de quatro, de pé ou na posição lateral? (ou seja, não em posição supina) ( ) sim ( ) não
5	Foi colocada a criança pele- pele a- durante pelo menos 30 min no prazo de uma hora após o parto? ( ) sim ( ) não
	Estudar itens específicos
0	Foi realizada episiotomia? ( ) sim ( ) não
1	Apgar no quinto minuto_____
2	A mãe estava bem após o nascimento? ( ) sim ( ) não(especifique)_____
3	O bebê estava bem após o nascimento? ( ) sim ( ) não(especifique)_____
4	Havia uma hemorragia pós-parto, superior a 500 ml? ( ) sim ( ) não
5	Você julga este parto como normal? ( ) sim ( ) não

ANEXO C – Inquérito alimentar

1ª Busca fonada		
Data:___/ /____ _____		
CONTATEL		Contato telefônico com ( )1 30 dias, 2 60 dias, 180 dias
Vamos falar agora sobre como você está alimentando seu filho, nestes últimos dias em sua casa.		
ESTAMAM		Você está amamentando seu bebê com leite do peito? ( )1 sim, 2 não Se não, vá para a questão 6 em diante
AME		O leite materno é o único alimento oferecido? ( )1 sim, 2 não Se não, vá para a questão 6 em diante
TERMAM		O término da mamada, na maioria das vezes, ocorre ( )1 porque o bebê larga, 2 porque você interrompe
ESVAZIA		Qual a sua percepção sobre o esvaziamento da mama após a mamada? ( )1 a mama continua cheia ao final da mamada, 2 a mama parece estar vazia e leve ao final da mamada, 3 retira o bebê antes de sentir a mama esvaziar
SATISFBB		Você acha que a criança fica satisfeita ao término da mamada?( ) 1 sim, 2 não
TEMPAME		Se não, até que idade a criança mamou só leite materno (sem água, chá, outro leite ou alimento)?_____dias ( )999 não se aplica (está amamentando)

Que outro alimento ou líquido você está oferecendo? (especificar o tipo de alimento, o início em dias de vida da criança e a frequência de oferecimento por dia)

Alimento/líquido	**Introdução**	**Frequência**	**Motivo**

Para todas as participantes

INTERAM		Você teve alguma intercorrência durante o tempo de aleitamento materno? ( )1 sim, 2 não
INTERAMQ		Se sim, qual?

O que você acha do leite que você produz ou produzia? (descreva com as palavras da mãe sua percepção da quantidade e aspecto do leite