**Título do Trabalho:** 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; Orientadora- Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

**Resumo:** O aleitamento materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. 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. Estas recomendações se baseiam nos diversos benefícios da amamentação já descritos pela literatura (BRASIL, 2015). Atualmente, apenas 38% dos bebês são alimentados exclusivamente com leite materno até os 6 meses na região das Américas e só 32% continuam amamentando 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 cursos para os sistemas de saúde, famílias e governos (ONUBR, UNICEF, 2018). Durante o ciclo gravídico puerperal, a mulher pode vivenciar sentimentos que podem, de alguma maneira, influenciar no processo de amamentar (MOORE et. al, 2016). Assim, a qualidade na assistência ao parto e nascimento tem sido apresentada como um período fundamental para a prática do AME, na medida em que podem facilitar o início da amamentação. Este estudo será embasado pelo referencial teórico dos Determinantes Sociais em Saúde. **Objetivo:** É analisar a influência das práticas de rotina nos atendimentos hospitalares durante a assistência ao parto, além de discutir os fatores associados a este e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo. **Justificativa:** A relevância do estudo, portanto, se justifica pela necessidade de se aprofundar a discussão sobre os fatores associados na assistência obstétrica no cenário nacional e seu impacto no processo do aleitamento materno exclusivo de 6 meses.

**Introdução:** O aleitamento materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. O leite humano é o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantis (WHO, 2015; MACIEL; GONDIM; SILVA; BARROS; BARBOSA; ALBUQUERQUE, ET AL. 2013).

A amamentação melhora a sobrevivência, a saúde e o desenvolvimento de todas as crianças. Ele salva a vida das mulheres e contribuem para o desenvolvimento do capital humano, existem discussões acerca de benefícios relacionados aos custos econômicos e consequências ambientais da não AM, os benefícios abrangem populações que vivem em países de alta renda, renda média e baixa renda, ou seja, os benefícios extrapolam a família, mas a nação como um todo (ROLLINS, et. Al, 2016).

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. Estas recomendações se baseiam nos diversos benefícios da amamentação já descritos pela literatura (BRASIL, 2015; OMS/OPAS/MS/SBP, 2000).

Atualmente, apenas 38% dos bebês são alimentados exclusivamente com leite materno até os 6 meses na região das Américas e só 32% continuam amamentando 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 cursos para os sistemas de saúde, famílias e governos (ONUBR, UNICEF, 2018).

A AME é a primeira inoculação de uma criança contra morte, doença e pobreza, mas também a seu investimento duradouro em aspectos físicos, cognitivos e capacidade social (HANSEN, 2016). Assim também como se sabe, as mães realizam o desmame e a introdução de alimentação artificial precocemente, podendo prejudicar o sistema imunológico, as funções de mastigação, deglutição, respiração, articulação dos sons da fala e o desenvolvimento motor-oral do recém-nascido (ESTEVES; et. Al, 2014).

Fazendo uma breve recapitulação histórica, frente a uma realidade, atual do desmame precoce, traz a preocupação em relação a esta situação que foi oficializada com a representação do governo na Reunião Conjunta da OMS/UNICEF Sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, desde 1979 que culminou na elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, desde então em 1980, se inicia 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. 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); modificação na Constituição Brasileira em 1988, com avanços importantes na legislação trabalhista, tais como a licença maternidade, que passou de 84 para 120 dias (para as mulheres em regime de CLT) e para 180 dias (para as funcionárias públicas) e a pausa para amamentar de meia hora a cada quatro horas trabalhadas - sancionada pelo governo federal em 2008 e garantindo ao pai o direito a cinco dias de licença paternidade; aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (foi transformada em 3/1/2006 na Lei nº 11.265) (COLAMEO, 2015; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011).

Como visto neste destaque histórico dentre os inúmeros fatores que influenciam o AME e a AM, outros benefícios da amamentação que costumam ser esquecidos são os voltados para a mãe, com início desde o nascimento do AME, conferindo proteção contra a hemorragia e morte pós parto e o tempo total de AM sobre o câncer de mama e endométrio (CALAMEO, 2014).

Durante o ciclo gravídico puerperal, a mulher pode vivenciar sentimentos que podem, de alguma maneira, influenciar no processo de amamentar (MOORE et. al, 2016). Assim, a qualidade na assistência ao parto e nascimento tem sido apresentada como um período fundamental para a prática do AME, na medida em que podem 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, garantirá a continuação do processo do AME durante os 6 meses preconizados pela WHO, UNICEF, UNFPA (2015).

No Brasil, vários programas foram lançados em prol da amamentação e, na área hospitalar, o lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1992, trouxe diretrizes que consideram a humanização no aleitamento materno e fomentam a produção cultural e social sobre esta prática nas maternidades (BRASIL, 2013)

O quarto passo da IHAC contribui para o início e a manutenção do aleitamento materno desde o momento imediato do nascimento, vários estudos têm apontado que as rotinas hospitalares e a não estimulação da AME pelos profissionais da saúde, visto já, os benéficos trazidos por esta ação na saúde materna e RN, são alguns dos fatores determinantes do desmame precoce em todo o mundo (OLIVEIRA et al., 2012; UNICEF, 2008).

Em relação ainda sobre a 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 deste contexto de Segurança Alimentar, o AM como um todo é a primeira forma de garantir SAN à criança.

A SAN confere o direito ao aleitamento, quando vamos falar sobre o componente nutricional que está relacionado às práticas alimentares (onde, como e quando nos alimentamos, o que escolhemos, como preparamos e o que consumimos) sendo esta a prática da amamentação, porém não se trata apenas de uma escolha em amamentar e sim, como mostrado é dependente 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 para amamentar, apoio, acolhimento, etc) (VEGA; TADDEI; POBLACION, 2014)

Outro documento que contribui na discussão da grande importância do AME, é Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do planeta (ODS), que também vem ao encontro do fortalecimento de ações que 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 econômico dos países, previstos pelo ODS (PNUD, 2015). A amamentação se relaciona positivamente com todos os ODS podendo ser considerada um dos pilares para se atingir o desenvolvimento sustentável (CALAMEO, 2016).

Mas ainda há um caminho longo a se percorrer, pois apesar dos programas, documentos, leis e planos já descritos até o momento , para que haja mudanças nas políticas e programas nacionais no estimulo da AME, é necessário que o profissional de saúde esteja preparado, pois por mais habilidoso que ele seja nos aspectos técnicos, o início do manejo da amamentação ainda no hospital também precisa ser abrangente, considerando os aspectos emocionais, culturais e familiares da mulher e as rotinas hospitalares menos invasivas (AIKEN; THOMSON, 2013).

Assim, o objetivo deste estudo, é analisar a influência das práticas de rotina nos atendimentos hospitalares durante a assistência ao parto, além de discutir os fatores associados a este e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo. A relevância do estudo, portanto, se justifica pela necessidade de se aprofundar a discussão sobre os fatores associados na assistência obstétrica no cenário nacional e seu impacto no processo do aleitamento materno exclusivo de 6 meses.

Este estudo será embasado pelo referencial teórico dos Determinantes Sociais em Saúde. Determinantes sociais são definidos como as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população que estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais em Saúde 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 e PELLEGRINI FILHO, 2007; TARLOV,1996).

Assim, a hipótese deste estudo é que as mulheres que receberam uma assistência de qualidade durante o parto e nascimento, mantém a amamentação materna exclusiva pelo tempo recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Acreditamos que este estudo poderá trazer a realidade brasileira, novos subsídios para os profissionais que atuam na assistência junto às mulheres e seus filhos, contribuindo diretamente para a melhoria da assistência ao parto e ao aleitamento materno.

**Objetivo Geral**

Analisar a influência da qualidade da assistência ao parto na duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Ribeirão Preto-SP.

**Objetivos Específicos**

* Identificar a qualidade da assistência ao parto de acordo com o Índice de Bologna (IB);
* Identificar a duração do aleitamento materno exclusivo em 30, 60 e 180 dias após o parto; entre as participantes do estudo;
* Verificar a associação entre a qualidade da assistência ao parto e a duração do aleitamento materno exclusivo em 30, 60 e 180 dias após o parto;
* Discutir sobre os determinantes sociais da saúde e prática do aleitamento materno exclusivo.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo. Local de Estudo:

O estudo será desenvolvido no alojamento conjunto do Centro de Referência à Saúde da Mulher – MATER (CRSM-MATER), que se encontra no município de Ribeirão Preto-SP. O CRSM-MATER compõe os serviços da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo desde anos de 2009, está sob a administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto com participação da Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa (FAEPA). É um campo explorado tanto no ensino, na pesquisa quanto relacionado a projetos de extensão da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto além também da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O CRSM-MATER faz atendimentos nas áreas de ginecologia e obstetrícia, onde atende os 26 municípios da Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto DRS-XIII. O CRMSP-MATER integra junto as suas funções, o ―Projeto Nascer da Secretaria Municipal de Saúde, que objetiva acompanhar as gestantes que estão na rede básica de saúde desde o último trimestre de gravidez, até o final do ciclo gravídico- puerperal.

**População e amostra:** A população de referência será todas as mulheres admitidas na CRMSP-MATER, para assistência ao parto. O tamanho da amostra será estimado por meio do cálculo amostral com base em dados do relatório anual da referida maternidade. Durante o ano de 2017 foram realizados 2.958 partos na referida instituição, durante os meses de setembro à dezembro de 2017 foram realizados 854 partos no total. Para realização do calculo do (n) da amostra podemos levar em consideração que o (n=1/2 de partos totais no período estabelecido) então o n da amostra será de aproxidamente 427 mulheres a serem pesquisadas durante os meses de setembro à dezembro de 2018. Os critérios de inclusão serão: todas as mulheres, que tiveram parto a termo, sem nenhum tipo de distócia, classificadas em risco habitual durante a gestação. Os critérios de exclusão serão: mulheres que apresentaram intercorrências pós-parto que impeçam o aleitamento materno; tiveram bebês que apresentavam anormalidades e/ou que necessitavam de cuidados especiais; mulheres com deficiência auditiva, visual ou cognitiva; desorientadas quanto ao tempo, espaço ou pessoa.

**Procedimentos para Coleta de dados:** As mulheres serão abordadas no alojamento conjunto da unidade referida, onde será apresentada a proposta do estudo e também será esclarecido os procedimentos para coletas de dados. Aquelas que aceitarem participar irão assinar o Termo de consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e para as menores de idade será entregue o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (Apêndice B), ambos em duas vias, sendo que uma ficará para as participantes. Para coletas de dados serão utilizados três instrumentos.

O primeiro instrumento contemplará os dados de identificação e as características sociodemográficas e obstétricas das participantes (Apêndice C). Este instrumento será respondido pelas participantes e, quando houver dúvidas com relação aos dados informados, as pesquisadoras consultarão os prontuários das puérperas.

O segundo instrumento trata-se do Índice de Bologna (IB) (Anexo A), avaliação proposta pela OMS, em uma reunião no Escritório Regional da Europa, em Bolonha, Itália, 2000, com o intuito de discutir sobre o acompanhamento e a avaliação da assistência perinatal (CHALMERS; PORTER, 2001). O instrumento IB é composto por três indicadores (CHALMERS; PORTER, 2001). O indicador A é uma medida ―proxy‖ que diz respeito as exigências para um parto seguro e é medido com a percentagem de mulheres atendidas por um profissional qualificado durante o parto. O indicador B é usado para estimar o número de mulheres não estão contempladas no âmbito da definição de trabalho normal (sem distócia) e é medido pela percentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas à cesariana eletiva. O indicador C é a pontuação de Bolonha, medida pelo IB, é constituído 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, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcipe e/ou vácuo extrator); 4) parto em posição não supina; 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento) (WHO, 2002; CHALMERS; PORTER, 2001). Estas medidas referem-se ao seguintes fatores: (1) Se um companheiro foi presente no nascimento (isso reflete a implementação de cuidados, atitudes dos cuidadores e o envolvimento das mulheres nos serviços de cuidados da maternidade). (2) Se um partograma foi usado (isto reflete o monitoramento efetivo do trabalho de parto e demonstra que cuidadores reconhecem a importância de avaliar objetivamente a progresso do trabalho de parto). (3) Se o nascimento foi realizado sem estimulação, incluindo pressão física externa no fundo ou cesariana de emergência (indica manutenção normal do progresso de trabalho de parto julgado pelos profissionais). (4) Se o a mulher deu à luz em posição não supina (reflete a presença de prática baseada em evidências e as atitudes dos cuidadores). (5) Se o contato pele a pele entre mãe e bebê foi mantido durante pelo menos 30 minutos durante a primeira hora seguinte nascimento (reflete a presença de práticas baseadas em evidências e cita as atitudes dos cuidadores) (SANDIN-BOJO et. al, 2012). De acordo com o IB, cada nascimento é avaliado separadamente e um ponto atribuido para cada resposta afirmativa (sim), dando uma pontuação máxima de cinco pontos e um mínimo de zero pontos. Como resultado final, tem-se a somatória das pontuações de todas as medidas. Uma pontuação de cinco infere que o nascimento foi gerenciado de acordo com a melhor prática de evidência cientifica disponível para cuidados em um parto normal. O questionário já foi testado quanto à validade e confiabilidade (SANDIN-BOJO E KVIST, 2008). Pontuações entre esses limites correspondem às variações da qualidade de assistência (CHALMERS; PORTER, 2001). Os dados obtidos nas entrevistas e nos prontuários serão integrados em um banco de dados único. Dos prontuários, serão utilizadas as variáveis: presença do partograma, anotações no partograma, dilatação cervical à admissão, duração do trabalho de parto, uso de soro, ocitócicos e analgesia durante o segundo estágio do parto, índice Apgar, peso ao nascer, uso de antibióticos e de ocitócicos no pós- parto, local de residência. As demais variáveis terão que ser obtidas dos dados de entrevistas com as puérperas.

O terceiro instrumento (Anexo B) trata sobre a alimentação oferecida à criança (aleitamento materno e/ou alimentação complementar) e será utilizado para coleta de dados por meio de busca fonada em 30, 60 e 180 dias após o parto. O instrumento proposto foi adaptado do questionário desenvolvido por Silva (2007) e também utilizado por Monteiro (2008), e conta com questões referentes à alimentação oferecida a criança e intercorrências durante o período de amamentação. Para a coleta de dados, serão utilizados o primeiro e o segundo instrumento no alojamento conjunto do CRSM-MATER, quando as mulheres admitidas serão convidadas a participar, sendo as mesmas previamente esclarecidas sobre o estudo. Após terem ciência da pesquisa e dos aspectos éticos, aquelas que aceitaram participar assinarão o (TCLE) ou (TALE). As informações para o segundo instrumento (IB) serão preenchidas com base no prontuário da mulher. Além disso, será realizado contato via telefone em três meses e depois outro contato em seis meses após o parto, a fim de identificar a alimentação oferecida à criança, com a utilização do terceiro instrumento de coleta de dados. O contato telefônico será realizado de acordo com as informações de contato fornecidas pelas participantes durante a aplicação do primeiro instrumento de coleta de dados; caso a participante não seja encontrada, serão realizadas até três tentativas em dias e horários diferentes antes da mesma ser excluída da pesquisa.

**Processamento e análise dos dados:** Os dados serão armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, por meio de dupla digitação, o que possibilita a validação dos dados digitados para eliminar possíveis erros e garantir confiabilidade na compilação dos dados. Serão analisados com a utilização do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences, SPSS, versão 17.0. Para caracterizar a amostra, a análise dos dados será fundamentada na estatística descritiva. Para verificar a associação entre as variáveis, será realizado o Teste Exato de Fisher; além disso, a quantificação desta associação será mensurada por meio de modelos de Regressão Logística onde será calculado o Odds Ratio bruto (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para todas as análises estatísticas, serão considerados significativos valores de p menores que 0,05.

**Aspectos éticos:** Quanto aos aspectos éticos, serão seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado para tramitação de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), está sendo devidamente encaminhado para analise e à aprovação pela Comissão de Pesquisa do CRSM-MATER e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

**Levantamento Bibliográfico**

**Aleitamento materno exclusivo:** O leite materno é o melhor alimento para os recém-nascidos e 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 (ONUBR, UNICEF, 2018).

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). A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) recomenda iniciar a amamentação nos primeiros 60 minutos de vida, assim como o aleitamento materno como forma exclusiva de alimentação até os 6 meses de idade e, de maneira completar, até os 2 anos (ONUBR, UNICEF, 2018).

Em uma pesquisa com crianças menores de 6 meses em países de baixa e média renda, 36,3 milhões (63%) não foram amamentados exclusivamente até o momento da pesquisa (VICTORA, EL.AL, 2016).

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, 2009b). Assim, as instituições de saúde vêm atuando no sentido de estimular junto às mulheres, para que estas amamentem, exclusivamente durante 6 meses seus filhos (GAVINE, 2017). Além de que há uma atenção maior para contribuir, por meio do estímulo ao contato pele a pele precoce no período pós-parto imediato, na tentativa de cumprir o quarto passo da IHAC, visto que este tem suas bases teóricas baseadas em evidências científicas de benefícios, auxiliando na sucção precoce (BRASIL, 2009a) 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, 2014).

**Assistência ao parto:** Estudos têm mostrado o impacto das práticas associadas ao parto e nascimento diretamente sobre a incidência e duração do AME (ROCCI, FERNANDES, 2014). Porém se a amamentação se torna uma prática dolorosa para a puérpera e gera ansiedade, esta 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).

Participação da família/controle social na gestão local: incentivo à participação da família em toda 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 potencial de qualificação e humanização da assistência (BRASIL,2017).

A qualidade na assistência, neste contexto, é desde chamar a mulher pelo nome; permitir que ela identifique cada membro da equipe; informar a gestante sobre os procedimentos realizados, esclarecer suas dúvidas e aliviar suas ansiedades, como também orientar e incentivar o aleitamento materno, desde o nascimento, e 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 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, melhorando então diretamente a saúde materna e do RN (PORTARIA Nº 2.068, DE 21 DE OUTUBRO DE 2016).

O movimento de humanização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal no Brasil foi impulsionado à 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 a Saúde (RAS) (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2018).

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).

**Objetivo de desenvolvimento sustentável**: Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do planeta (ODS), que também vem ao encontro do fortalecimento de ações que 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 econômico dos países, previstos pelo ODS. Dirigindo a necessidade encontrada na busca de uma sustentabilidade nestas três dimensões, apontadas anteriormente, se torna 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 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 (PLANSAN, 2016). Convém destacar os inúmeros benefícios que o aleitamento traz dentro dos 17 ODS, trazido no documento de “Aleitamento materno: presente saudável, futuro sustentável” (CALAMEO, 2016). Tais quais a contribuição mais especificamente discursada para a pesquisada a ser realizada como objetivo do presente estudo, destacamos os objetivos: Enfretamento da pobreza; Acabar com a fome; Boa saúde e bem estar para todos; Redução das desigualdades e Paz e justiça para todos.

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.

**Referencial teórico**: **Determinantes sócias de saúde**

Por meio do trabalho de pesquisadores como Sir Michael Marmot, entendemos agora que a boa saúde não reside apenas nas intervenções médicas, mas também nas condições de vida e nas escolhas pessoais (MARMOT, 2005; MARMOT, et. Al, 1991). Os determinantes da saúde são propriedades baseadas no estilo de vida, afetadas por forças sociais, econômicas e políticas mais amplas que influenciam a qualidade da saúde pessoal. Esses atributos incluem, mas não se limitam a, nível de educação, emprego, nível de renda e distribuição, moradia, desenvolvimento infantil, segurança alimentar e nutrição, raça, gênero e estresse, esses fatores mostraram ter associações marcantes com riscos para diferentes doenças, expectativa de vida e morbidade durante a vida (WHO, 2018).

Nas últimas décadas, as crescentes disparidades em saúde nos países desenvolvidos e entre países em desenvolvimento têm sido associadas a esses fatores sociais. Embora os profissionais de saúde pública e os formuladores de políticas busquem reduzir essa divisão, eles enfrentam desafios ao projetar e implementar programas que sejam suficientemente abrangentes para abordar questões que tenham relações causais complexas e de longo prazo com vias de doenças específicas. No entanto, tanto a motivação como a ação para desenvolver métodos eficazes de pesquisa e intervenção continuam a crescer neste campo da saúde pública (WHO, 2018).

Após este período a retomada do tema saúde e seus determinantes sociais deu-se na Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, mas na década seguinte há um retrocesso e o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado. Somente em 2005 é que foi fundada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas (CNDSS, 2008).

# Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília, DF, 2009b. (Normas e Manuais Técnicos. Série A).
	1. Ministério da Saúde. Rede amamenta Brasil: caderno do tutor. Brasília, DF, 2009a.
2. AIKEN A; THOMSON G. Professionalisation of a breast-feeding peer support service: issues and experiences of peer supporters. Midwifery, 29: e145-51; 2013.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: materiais informativos. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_materiais_infomativos_saude_crianca>

.pdf.

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
2. 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 e[m: https://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_Ato20042006/2006/Lei/L11346.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Lei/L11346.htm)
3. 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, n° 204, seção 1, p.121 2016. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/24.10.2016_I.pdf>.
4. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização: PNH. Ed. Premium, Brasília/DF. 1ª edição– 2013.
5. BUSS,P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 17:77-93, 2007.
6. CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PLANSAN 2016-2019. Brasília, DF: MDSA, CAISAN, 73p. 2017.
7. CHALMERS B, PORTER R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. Birth. v.28, n.2, p.79-83, 2001.
8. CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
9. COLAMEO, A.J. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Aleitamento materno: presente saudável, futuro sustentável. 2016. Disponível em: [http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2016/aleitamento-materno-presente- saudavel-futuro-sustentavel](http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2016/aleitamento-materno-presente-saudavel-futuro-sustentavel).
10. COLAMEO, A.J. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Qual a importância do aleitamento materno? 2014. Disponível em: [http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2014/qual-a-importancia-do- aleitamento-materno.](http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2014/qual-a-importancia-do-aleitamento-materno)
11. COLAMEO, A.J. 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](http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2015/semana-mundial-do-aleitamento-materno-2015)
12. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Ações, programas e estratégias. Atributo da ras: redes prioritárias. Acessado em 26 de março de 2018. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\_ras.php?conteudo=rede\_cegonha.](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha)
13. ESTEVES, TMB; DAUMAS, RP; OLIVEIRA, MIC; ANDRADE, CAF; LEITE, IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. Revista de Saude Publica. Volume 48, Issue 4, Pages 697-708, 2014.
14. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 1 : histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde. 78 p, 2008.
15. GAVINE A; MACGILLIVRAY S; RENFREW MJ; SIEBELT L; HAGGI H; MCFADDEN A. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. Int Breastfeed J. 2016;12:6. doi 10.1186/s13006-016-0097-2.
16. GORDIS, L. Epidemiology. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004.
17. HANSEN, K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. The Lancet, Volume 387, Issue 10017, Pages 416. 2016.
18. HORTA BL, VICTORA CG, GIGANTE DP et al. Duração da amamentação em duas gerações. Rev Saúde Pública; v. 41, n.1, p.13-8, 2007.
19. MACIEL APP, GONDIM APS, SILVA AMV, BARROS FC, BARBOSA GL, ALBUQUERQUE KC ET AL. Conhecimento de gestantes e lactantes sobre aleitamento materno exclusivo. Rev Bras Promoc Saude, Fortaleza, 26(3): 311-317. 2013.
20. MARMOT M. Social determinants of health inequalities. Lancet 365: 1099-1104. 2005.
21. MARMOT M.G; SMITH G.D; STANSFELD S; PATEL C; NORTH F; et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. Lancet 337:1387—93.1991.
22. 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. Invest Educ Enferm, 29(2): 315 — 321. 2011.
23. MONTEIRO, J.C.S. Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante aleitamento materno exclusivo.[Tese Doutorado], Ribeirão Preto, p. 120, 2008.
24. 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, Issue 11. Art. N. CD003519. 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
25. 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 Materno Infantil, Recife, v. 12, n. 3, p. 281-295, 2012.
26. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL (ONUBR). FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Aleitamento: Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria 820 mil crianças por ano no mundo. 2018. Disponível em: [https://nacoesunidas.org/aleitamento-materno-nos-primeiros-anos-de-vida-salvaria-820-mil- criancas-por-ano-no-mundo/](https://nacoesunidas.org/aleitamento-materno-nos-primeiros-anos-de-vida-salvaria-820-mil-criancas-por-ano-no-mundo/)
27. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. [OMS/OPAS/MS/SBP]. Os dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. In: Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior Médicos, enfermeiros, nutricionistas, e outros) e suas equipes de auxiliares. Brasília: OMS/OPAS Representação do Brasil; 2000.
28. PASSANHA, A.; et al . Implantación de la Red Amamanta Brasil y prevalência de lactancia materna exclusivo. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 47, n. 6, p. 1141 1148. 2013 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S00348910201300001141&lng=en&n](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;amp%3Bpid=S00348910201300001141&amp;amp%3Blng=en&amp;amp%3Bn) rm=iso><http://dx.doi.org/10.1590/S00348910.2013047004807>.

1. PEREIRA, M. G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 583, 1995.
2. POLIT, D. F.; BECK, C. T. Delineamento de pesquisas quantitativas. 7ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 669, 2011.
3. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o mundo. Uni-Rio: Rio de janeiro, 2015.
4. ROCCI, E; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.67, n.1. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-716720> 1400 0100022&script=sci\_arttext.
5. ROLLINS NC, BHANDARI N, HAJEEBHOY N, HORTON S, LUTTER CK, MARTINES JC, et al. Lancet Breastfeeding Series Group Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet; 387(10017):491–504. 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2.](https://doi.org/10.1016/S0140-6736%2815%2901044-2)
6. SANDIN-BOJO, A.-K., KVIST, J.L. Care in labour: a Swedish survey using the Bologna score. p. 321–328. 2008.
7. SANDIN-BOJO, A.-K., M. HASHIMOTO, NMW, K. KANAL, Y. SUGIURA. Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: A survey using the Bologna Score. Midwifery: 28° ed. 2012.
8. 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.
9. SILVA, M.M. Contato precoce e aleitamento materno na sala de parto na concepção dos profissionais de saúde. Ribeirão Preto. [Dissertação de Mestrado], Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem Saúde Pública. p. 124, 2014.
10. VEGA, J.B ; TADDEI, JAAC; POBLACION, AP. Socio-demographic and nutritional characteristics of Brazilian children under 2 years of age who were beneficiaries of conditional cash transfer programs in 2006.Ciencia & Saude Coletiva, , Vol.19(3), p.931(12), 2014.
11. VICTORA, C.G; BAHL, R; BARROS, A.J.D; FRANÇA, G.V.A; ROLLINS, N.C. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. volume 387, issue 10017, p475-490. 2016. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024- 7.
12. 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. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356eng.pdf?ua=1>).
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Geneva: WHO; (Promoting Effective Perinatal Care). 2002.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Social determinants of health. 2018. Disponível em: [www.who.int/social\_determinants.](http://www.who.int/social_determinants/en)

Anexos

Anexo A

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

****

****

**ANEXO B**

**DADOS REFERENTES A AMAMENTAÇÃO NO HOSPITAL**

* 1. Vocêamamentoupelaprimeiravez: ( )saladeparto ( )quarto ( )outro local
	2. Registrar quantas horas logo após o parto:
	3. No momento da alta hospitalar,como o seu bebê era alimentado? (classifique conforme os indicadores abaixo)

( ) aleitamentomaterno exclusivo ( ) aleitamento materno predominante ( ) aleitamento materno + outros leites ( ) aleitamento artificial

* 1. Você teve problemas para amamentar?: ( ) Sim ( ) Não **( Se não vá para questão 27)**
	2. **Se sim**, você teve problema com:
		1. as mamas ( ) Especificar
		2. o bebê ( ) Especificar c)as mamas e o bebê( ) Especificar

d) outros ( ) Especificar

**amos falar agora sobre como você está alimentando seu filho, nestes últimos dias em sua casa.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* 1. O leite materno é o único alimento oferecido? ( ) sim ( ) não ( **Se não, vá para a 37 em diante**)
	2. Você oferece o peito conforme:

( ) livre demanda ( ) Horários controlados

* 1. Qual o intervalo entre as mamadas? (Anotar em horas)
	2. Quantas mamadas/ dia ?
	3. Qual a duração das mamadas em média? (Anotar em minutos)
	4. O término da mamada, na maioria das vezes, ocorre: ( ) Porque a criança larga ( ) você interrompe
	5. Qual a sua percepção sobre o esvaziamento da mama após mamada?

( )Mama continua cheia ao final da mamada ( )Mama parece estar vazia e leve ao final da mamada ( ) Retira o bebê antes de sentir a mama esvaziar

* 1. A cada mamada você oferece:

( ) Apenas uma mama **(vá para a 36)** ( ) As duas mamas ( ) Alterna as mamas mais de 1 vez

* 1. Você troca o bebê de peito durante a mamada:

( ) Antes de sentir a mama esvaziar ( )Ao sentir a mama esvaziar ( ) bebê larga o peito ( ) estabelece tempo

* 1. Você acha que a criança fica satisfeita ao término da mamada? Sim ( ) Não ( ) Por quê? (descreva com as palavras da mãe)

**Vá para a questão 49 a 52**

* 1. **Se não**, até que idade a criança mamou só leite materno (sem água, chá, outro leite ou alimento)? (Anotar em dias)
	2. Que outro alimento ou líquido que você está oferecendo? (especificar o tipo de alimento, quando iniciou (em dias de vida da criança), freqüência de oferecimento por dia/semana, quantidade e forma de preparo (**água**- com açúcar/sem açúcar, fervida filtrada; **chá e suco** – com açúcar / sem açúcar, diluído; **leite artificial- leite em pó** (fórmula láctea – nan 1 , nestogeno), **leite integral fluido** ( com açúcar / sem açúcar, diluído)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Alimento/líquido | Introdução com quantos dias de vida da criança | Freqüência por dia/semana | Quantidade oferecida por vez (colher, xícara, copo, mamadeira) | Forma de preparo |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. O que te fez oferecer este (s) alimento(s)? (responder para cada um com as palavras da mãe)
	2. Quando você amamentava só no peito, oferecia: ( ) Sob livre demanda ( ) Horários controlados
	3. Qual era o intervalo entre as mamadas? (Anotar em horas)
	4. Quantas mamadas/ dia ?
	5. Qual a duração das mamadas em média? (Anotar em minutos)
	6. O término da mamada, na maioria das vezes, ocorria: ( ) Porque a criança larga ( ) interrompido pela mãe
	7. Qual a sua percepção sobre o esvaziamento da mama após mamada?

( )Mama continuava cheia ao final da mamada ( )Mama parecia estar vazia e leve ao final da mamada ( ) Retirava o bebê antes de sentir a mama esvaziar

* 1. A cada mamada você oferecia:

( ) Apena uma mama (**vá para 48**) ( ) As duas mamas ( ) Alterna as mamas mais de 1 vez

* 1. Você trocava o bebê de peito durante a mamada:

( ) Antes de sentir a mama esvaziar ( )Ao sentir a mama esvaziar ( ) bebê larga o peito( ) estabelece tempo

* 1. Você acha que a criança ficava satisfeita ao término da mamada? Sim ( ) Não ( ) Por quê? (descreva com as palavras da mãe)

**Para todas as mães entrevistadas**:

* 1. Neste período em que você está amamentando, o que você considera ter sido de apoio e/ou de obstáculo a sua amamentação? (descreva com as palavras da mãe)
	2. Diante desta experiência, o que você considera que a mulher precisa para poder amamentar? Você teve ou está tendo esta condição? (descreva com as palavras da mãe)
	3. O que você acha do leite que você produz? (descreva com as palavras da mãe sua percepção da quantidade e aspecto do leite)
	4. Para você, o que é ter uma boa produção de leite? (descreva com as palavras da mãe)

# APÊNDICES

**APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**Nº DATA** / / **Entrevistador(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dados Identificação da mãe:**

Nome (iniciais): 1. Data de nascimento? / /

2. Cidade onde nasceu Estado 3.( )Rural ( )Urbana

1. Tipo do domicílio atual: ( )Casa ( )Apartamento ( )Barraco ( )Cortiço ( ) Favela
2. O local onde você mora é: ( )próprio ( )alugado ( )cedido ( )ocupado ( ) Outros:
3. Quantas pessoas moram com você? (apenas as fixas):
4. Até que série/ano você estudou?
5. Qual é a sua ocupação?
6. Qual a renda da família?
7. Qual seu estado civil?

( )Solteira ( )Casada ( )União estável ( )Separada/desquitada/divorciada ( )Viúva

# Dados Obstétricos:

1. Você fez Pré-Natal ( ) Sim ( ) Não
2. Nº de consultas:\_\_\_\_\_\_\_
3. Local: ( ) UBS e/ou hospital público ( ) consultório /convênio
4. Número de Gestação\_\_\_\_\_\_\_
5. Número de Paridade\_\_\_\_\_\_\_
6. Número filhos vivos:
7. Tipo de parto atual : ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps
8. Local onde a criança está realizando o acompanhamento de Puericultura: ( ) UBS/ UBDS/NSF ( )consultório particular/convênio

# APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 pesquisa é se tem influência as práticas de rotina nos atendimentos hospitalares durante a sua assistência ao parto, e ver se existe fatores associados (Ex. fatores da sociedade, econômicos, culturais, de cor e raça, psicológicos e de comportamentos) 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, como é a sua rotina em casa com a alimentação do bebê, ou seja, conhecer como você faz para amamentar seu bebê. Também pedimos autorização para consultar no seu prontuário informações referentes a evolução do seu parto atual. Sendo que o tempo previsto para realização dessas atividades será de aproximadamente 25 minutos.

A sua participação nessa pesquisa poderá trazer alguns desconfortos, como por exemplo, você pode 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 orienta-la sobre esses desconfortos, caso for necessário.

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

A qualquer momento da pesquisa, caso não seja do seu interesse participar da mesma, haverá a possibilidade de retirar este consentimento e isto 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 achar necessário.

Você não será beneficiada diretamente com sua participação, mas pode-se esperar alguns benefícios, tais como: possibilidade de melhor planejar-se uma assistência de qualidade durante o parto e nascimento, mantendo assim a amamentação materna exclusiva de 6 meses. Acreditamos que este estudo poderá trazer a realidade brasileira, novas contribuições para que os profissionais melhores a assistência de parto junto às mulheres e 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) 36023405.

Atenciosamente,

Pesquisadora Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes Coordenadora do projeto

Eu, , tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, de de 2018.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da participante

# APÊNDICE C– TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 pesquisa é se tem influência as práticas de rotina nos atendimentos hospitalares durante a sua assistência ao parto, e ver se existe fatores associados (Ex. fatores da sociedade, econômicos, culturais, de cor e raça, psicológicos e de comportamentos) 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, como é a sua rotina em casa com a alimentação do bebê, ou seja, conhecer como você faz para amamentar seu bebê. Também pedimos autorização para consultar no seu prontuário informações referentes a evolução do seu parto atual. Sendo que o tempo previsto para realização dessas atividades será de aproximadamente 25 minutos.

A sua participação nessa pesquisa poderá trazer alguns desconfortos, como por exemplo, você pode 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 orienta-la sobre esses desconfortos, caso for necessário.

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

A qualquer momento da pesquisa, caso não seja do seu interesse participar da mesma, haverá a possibilidade de retirar este consentimento e isto 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 achar necessário.

Você não será beneficiada diretamente com sua participação, mas pode-se esperar alguns benefícios, tais como: possibilidade de melhor planejar-se uma assistência de qualidade durante o parto e nascimento, mantendo assim a amamentação materna exclusiva de 6 meses. Acreditamos que este estudo poderá trazer a realidade brasileira, novas contribuições para que os profissionais melhores a assistência de parto junto às mulheres e 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) 36023405.

Atenciosamente,

Pesquisadora Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes

 Coordenadora do projeto

Eu, , tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, de de 2018

Assinatura da participante

Eu, participação da minha filha na pesquisa.

Assinatura do responsável