

## CONSIDERAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E SUA RELAÇÃO COM A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ENTRE MULHERES USUÁRIAS DO SUS<sup>1</sup>

Leticia de Almeida Dionizio <sup>1</sup>

### INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a mais sábia e natural estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. 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).

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, 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). 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).

De acordo com o 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.

---

<sup>1</sup>Este resumo refere-se a parte da dissertação para titulação de mestre, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Defendida em: 15 de agosto 2021.

<sup>2</sup>Mestre em ciência pela Universidade do Estado de São Paulo-USP, leticia.dionizio@usp.br

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.(BRASIL, 2017).

Este estudo foi embasado no referencial teórico dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que 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; PELLEGRINIFILHO, 2007; TARLOV,1996).

## **OBJETIVOS**

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.

## **MÉTODO**

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.

O estudo teve 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 (AME) durante os seis primeiros meses de vida da criança.

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.

O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes de hipóteses. As análises foram realizadas no software SPSS Statistics versão 25 ©. 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 da maternidade e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP/USP).

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.

## 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%).

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. 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.

O Score de Bologna foi calculado a partir de cinco itens relacionados com avaliação da assistência ao parto. 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. 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.

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.

Os valores do Escore de Bologna foram comparados com as características das gestantes. Existiram diferenças significativas, sob o viés estatístico, entre as porcentagens de mulheres que tornaram o leite materno como o único alimento oferecido aos seus bebês de 30 dias para 120 e 180 dias.

Este estudo demonstrou que 97,4% (76) das participantes estudadas amamentaram durante os 30 primeiros dias de vida da criança. Esse valor foi estendido 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.

Em relação ao 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.

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 16 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 AME.

## CONCLUSÃO

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 AME por um tempo maior que aquelas que não obtiveram 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 de 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.

Algumas estratégias para potencializar esse processo de mudança, como: o estímulo à contratação e à valorização de enfermeiras, 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 incluindo 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.

**Palavras-chave:** Qualidade Da Assistência À Saúde; Aleitamento Materno; Assistência Hospitalar; Papel Do Profissional De Enfermagem

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e nutricional. **Aleitamento materno: presente saudável, futuro sustentável.** Conselheira Ana Júlia Colameo. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2016/aleitamento-materno-presente-saudavel-futuro-sustentavel>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. 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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf)

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

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.encyclopedia-crianca.com/aleitamento-materno>

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.

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.

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 21<sup>st</sup> century. London: Routledge, 1996.