



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Siqueira Boccolini, Cristiano; Lazaro de Carvalho, Márcia; Couto de Oliveira, Maria Inês;
Godoi Vasconcellos, Ana Glória

Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida
Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 1, febrero, 2011, pp. 69-78
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240189008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Cristiano Siqueira Boccolini^I

Márcia Lazaro de Carvalho^{II}

Maria Inês Couto de Oliveira^{III}

Ana Glória Godoi Vasconcellos^{II}

Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida

Factors associated with breastfeeding in the first hour of life

RESUMO

OBJETIVO: Identificar fatores associados à amamentação na primeira hora de vida (Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança).

MÉTODOS: Foi realizado estudo transversal com amostra representativa de parturientes em maternidades do Rio de Janeiro, RJ, entre 1999 e 2001. Foram excluídos recém-nascidos ou mães com restrição ao aleitamento materno, resultando em amostra de 8.397 binômios. Foi adotado modelo Poisson com efeitos aleatórios ao nível das maternidades, em abordagem hierarquizada com três níveis: distal, intermediário e proximal para características maternas, do recém-nascido, e de assistência ao pré-natal e hospitalar.

RESULTADOS: Amamentaram na primeira hora de vida 16% das mães. O aleitamento materno nesse período foi menos prevalente entre os recém-nascidos com intercorrências imediatas após o parto (RP = 0,47; IC99% 0,15;0,80); entre as mães que não tiveram contato com os recém-nascidos na sala de parto (RP = 0,62; IC99% 0,29;0,95), as que tiveram parto cesariano (RP = 0,48; IC99% 0,24;0,72); e cujo parto ocorreu em maternidade privada (RP = 0,06; IC99% 0,01;0,19) ou conveniada com o Sistema Único de Saúde (RP = 0,16; IC99% 0,01;0,30). O efeito de contexto das maternidades foi estatisticamente significativo.

CONCLUSÕES: Em nível individual, a amamentação na primeira hora de nascimento foi prejudicada por práticas inadequadas nas maternidades, em particular as privadas e conveniadas com o Sistema Único de Saúde. O efeito de grupo das maternidades e a ausência de fatores individuais maternos que expliquem o desfecho sugerem que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão sobre essa amamentação e dependem das práticas institucionais vigentes nas maternidades.

DESCRIPTORIOS: Aleitamento Materno. Período Pós-Parto. Maternidades. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Estudos Transversais.

^I Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Departamento de Métodos Quantitativos em Saúde. ENSP. Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Departamento de Epidemiologia e Bioestatística. Instituto de Saúde da Comunidade. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Cristiano Siqueira Boccolini
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
R. Leopoldo Bulhões, 1480 – Sala 809
Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: cristianoboccolini@yahoo.com.br

Recebido: 19/10/2009

Aprovado: 7/6/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify factors associated with breastfeeding in the first hour of life (Step 4 of the Baby-Friendly Hospital Initiative).

METHODS: A cross-sectional study was conducted with a representative sample of mothers who gave birth in maternity wards in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil, between 1999 and 2001. Newborns or mothers with restriction to breastfeeding were excluded, resulting in a sample of 8,397 pairs. A random effect – at maternity hospital level – Poisson model was employed in a hierarchical approach with three levels: distal, intermediate and proximal for characteristics of the mother, of the newborn, and of prenatal and hospital assistance.

RESULTS: Only 16% of the mothers breastfed in the first hour of life. Breastfeeding in this period was less prevalent among neonates with immediate interurrences after birth (PR = 0.47; CI99% 0.15;0.80); among mothers who did not have contact with their newborns in the delivery room (PR = 0.62; CI99% 0.29;0.95); among mothers submitted to cesarean section delivery (PR = 0.48; CI99% 0.24;0.72); and among mothers who gave birth at private maternity hospitals (PR = 0.06; CI99% 0.01;0.19) or at maternity hospitals contracted out to National Health System (SUS) (PR = 0.16; CI99% 0.01;0.30). The context effect of maternity wards was statistically significant.

CONCLUSIONS: At an individual level, breastfeeding within one hour after birth was constrained by inappropriate practices in private or SUS-contracted maternity hospitals. The group effect of maternity hospitals and the absence of individual maternal-related factors that explain the outcome suggest that mothers have little or no autonomy to breastfeed their babies within the first hour of life, and depend on the institutional practices that prevail at the maternity hospitals.

DESCRIPTORS: Breast Feeding. Postpartum Period. Hospitals, Maternity. Maternal-Child Health Services. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)^a e corresponde ao Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Essa é uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no País²¹ e baseia-se na capacidade de interação dos recém-nascidos (RN) com suas mães nos primeiros minutos de vida. Esse contato é importante para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê,⁴ além de aumentar a duração do aleitamento materno;^{2,4,13,18} a prevalência de aleitamento materno nos hospitais;²² e reduzir a mortalidade a neonatal.¹⁰ Entretanto, a prática da amamentação na primeira hora de vida no Brasil é relativamente baixa (43%) (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2008).^b

O conjunto de práticas, estruturas e rotinas e a qualidade dos recursos humanos das maternidades podem interferir no tempo até a primeira mamada,³ uma vez que sua fonte de financiamento (pública, militar, privada ou conveniada ao Sistema Único de Saúde – SUS) implica diferenças na qualidade do atendimento, das práticas hospitalares e da morbidade.¹⁵

Estudo prévio avaliou fatores associados ao tempo entre o nascimento e a primeira mamada nas primeiras 24 horas de vida.³ Com isso, houve necessidade de avaliação focada no Passo 4 da IHAC, considerando sua importância na política de aleitamento materno no País.²¹ Em relação ao primeiro artigo, houve mudanças: no tipo de desfecho, de tempo contínuo para dicotômico, e nas funções de ligação dos modelos estatísticos,

^a Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Manejo e promoção do aleitamento materno – curso de 18 horas para equipes de maternidades. Nova York; 1993.

^b Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília; 2008. p.244-6.

de análise de sobrevida no primeiro para distribuição Poisson com variância robusta no atual. As variáveis são semelhantes, mas algumas foram excluídas do presente artigo, pois estavam relacionadas ao ocorrido depois da primeira hora de vida. Assim, o objetivo do presente estudo foi identificar fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.

MÉTODOS

Estudo transversal com dados de pesquisa realizada no Rio de Janeiro, RJ, entre 1999 e 2001 para investigação da morbi-mortalidade perinatal.¹⁵ Foi utilizada amostra estratificada proporcional ao número de partos esperados no período em todas as maternidades com mais de 200 partos/ano no município. As 47 maternidades selecionadas foram agrupadas em três estratos, de acordo com a fonte de financiamento: 1 – municipais e federais (n = 12; 34,8% dos partos); 2 – filantrópicas e privadas conveniados com o SUS, militares e estaduais (n = 10; 34,4% dos partos); 3 – privadas (n = 25; 30,8% dos partos).¹⁵

Foram entrevistadas 10.071 mães com informações válidas sobre seus partos e excluídas aquelas em que houve incapacidade e/ou impedimento para estabelecer o aleitamento materno por uma ou mais das seguintes características: RN com muito baixo peso ao nascer inferior a 1.500g; idade gestacional (método Capurro) menor que 32 semanas; óbito fetal ou neonatal precoce; óbito materno; destino do RN – Unidade de Terapia Intensiva (UTI); destino da puérpera – UTI; sorologia positiva para HIV no pré-natal registrada em prontuário; e Apgar no quinto minuto menor que sete. Foram excluídos 895 partos (8,9% do total da amostra). Cerca de 8,5% das mães (n = 779) não quiseram ou não souberam responder a pergunta sobre amamentar ou não na primeira hora de vida (*missings*), restando 8.397 partos para a análise. Os grupos dos *missings* e dos não *missings* mostraram-se semelhantes quanto às principais variáveis do estudo, como idade, escolaridade e paridade (intervalo com 99% de confiança – IC99%). Do total de partos, 101 referiam-se a dois ou mais conceptos. Nesses casos, considerou-se o tempo até a amamentação do primeiro filho.

O desfecho – amamentar na primeira hora de vida (sim/não) – foi obtido do questionário de entrevista com a puérpera mediante recordatório de 24 horas. Foi considerada amamentação na primeira hora de vida o oferecimento do peito em até sessenta minutos a partir do nascimento.

Foram eleitas para análise 26 variáveis do questionário: características domiciliares (saneamento básico e relação pessoas/cômodo), pessoais (escolaridade,

situação conjugal, paridade, cor da pele), gestacionais (desejo de engravidar, agressão física sofrida pela gestante durante a gravidez, tabagismo, ingestão de álcool, idade materna, apoio recebido pelo pai da criança), de atenção ao pré-natal (recebimento de informações sobre aleitamento materno no pré-natal, tentativa de aborto, escore de pré-natal), de atenção hospitalar (RN levado até a mãe logo após o parto, presença de acompanhante na sala de parto), de avaliação de assistência ao parto e informação sobre aleitamento materno (Tabelas 1, 2 e 3).

Outras variáveis foram obtidas do prontuário médico: intercorrências imediatas logo após o parto com o recém-nascido, peso ao nascer, presença de anomalias congênitas, número de conceptos, sexo do RN, uso de ocitocina durante a internação e tipo de parto. A fonte de financiamento das maternidades foi estabelecida pelos autores da pesquisa original, com base nas informações disponíveis no SUS.

Análise bivariada (qui-quadrado de Pearson) foi realizada para cada variável para examinar a associação com o desfecho. Variáveis com valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para o modelo estatístico, evitando assim a confusão residual. As variáveis paridade, idade materna e peso ao nascer foram categorizadas para essa etapa da análise, mas as duas últimas foram consideradas contínuas nas demais etapas do estudo, e paridade foi considerada ordinal.

Os fatores de nível individual estatisticamente significativos na análise univariada foram hierarquizados, por nível de proximidade com o desfecho e em grupos: distais (características maternas pessoais e domiciliares – modelo 1), intermediários (características da atenção ao pré-natal e gestacionais maternas – modelo 2) e proximais (características da atenção hospitalar e do RN – modelo 3) (Figura).

Em seguida, foram estimados os modelos estatísticos e utilizada análise de regressão com distribuição Poisson – variância robusta – hierarquizada e multinível para avaliar o desfecho. O programa R^c foi utilizado para análise.

A regressão com distribuição de Poisson foi utilizada para as estimativas pontuais e intervalares, pois a regressão logística com distribuição binomial pode superestimar as associações pontuais com o desfecho, uma vez que o evento não é raro.⁶ A hierarquização das variáveis permitiu avaliar o efeito dos grupos de variáveis de acordo com a proximidade com o desfecho. A abordagem multinível foi útil para avaliar o efeito de grupo (*cluster*) das 47 maternidades estudadas.

^c The R Foundation for Statistical Computing [citado 2010 jan 01]. Disponível em: <http://www.r-project.org>. Vienna University of Economics and Business, Vienna; 2002.

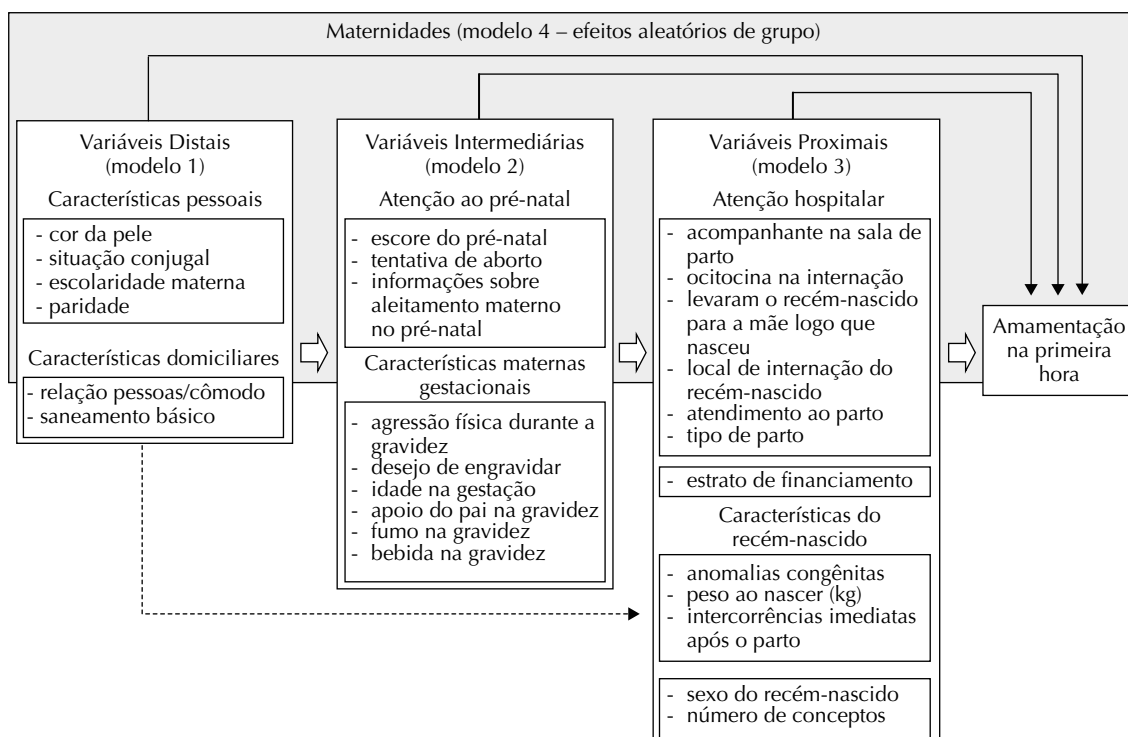


Figura. Amamentação na primeira hora de vida segundo modelo hierarquizado, com efeitos aleatórios ao nível das maternidades. Município do Rio de Janeiro, RJ, 1999-2001.

Os valores entre zero e um obtidos de modelos estatísticos representam fatores de proteção, enquanto os valores acima de um têm significado de risco. Como a amamentação na primeira hora de vida é o desfecho avaliado, as razões de prevalência (RP) obtidas nos modelos que apresentam valores acima de um devem ser interpretadas como fatores que aumentam a prevalência do aleitamento materno na primeira hora. Os fatores entre zero e um devem ser interpretados como fatores que diminuem a prevalência do aleitamento materno na primeira hora, ambos em relação a determinada categoria de referência.

Avaliaram-se os resíduos por meio das funções do *R-package*. O modelo completo foi comparado, por meio de análise de *deviance*, com os demais modelos sem as variáveis com $p > 0,05$, sob a hipótese nula de que o modelo com *deviance* encaixado, com menos parâmetros, ajusta melhor os dados aos parâmetros estimados.¹¹

Foram observados graficamente os resíduos padronizados (*versus* os preditores lineares), a normalidade dos resíduos, as observações influentes (Leverage) e a medida de afastamento do vetor de estimativas provocado pela retirada da *i-ésima* informação (Distância de Cook).¹¹ Para avaliar a qualidade do ajuste dos modelos foi utilizado o teste *goodness of fit*, com distribuição qui-quadrado, sob a hipótese nula de que o modelo está bem ajustado (com nível de 5%).

Após estimar os efeitos do terceiro modelo, iniciou-se a análise multinível (modelo 4), em que as 47 maternidades foram inseridas para controle do efeito de grupo, com variação de intercepto.¹² Ao final desse processo, foram testadas as possíveis interações entre as variáveis de nível individual com análise de *deviance* (IC99%).

A comparação entre os modelos 3 e 4, por não serem aninhados, foi feita pelo critério de Akaike (Akaike Information Criteria – AIC).

Os modelos foram compostos por: seis variáveis do nível distal (modelo 1); nove do nível intermediário (modelo 2); e dez variáveis do nível proximal (modelo 3) (Figura).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, sob o protocolo número 16 de 2007.

RESULTADOS

Foram amamentados na primeira hora de vida 16,1% dos RN. Grandes disparidades foram observadas no início do aleitamento materno entre os estratos de financiamento das maternidades: mais de um terço dos RN nascidos em maternidades municipais e federais foram amamentados na primeira hora, contra menos de 2% dos nascidos em maternidades particulares (Tabela 1). Essa proporção variou também entre os nascidos por parto cesariano (5,8%) e vaginal (26,4%).

Cerca da metade das puérperas foi submetida ao parto cesariano. A maioria recebeu o filho logo após o nascimento, um terço pôde ficar com acompanhante na sala de parto e um décimo dos recém-nascidos apresentaram algum tipo de intercorrência após o parto, como hipóxia, bradicardia, dentre outras (Tabela 1).

Cerca de um quarto não recebeu qualquer tipo de informação sobre aleitamento materno durante o pré-natal (Tabela 1). Dentre as características maternas e do RN (Tabela 2), somente número de conceitos, presença de anomalias e peso ao nascer não se associaram ao desfecho. Um terço possuía o segundo ou terceiro graus completos (Tabela 3).

A prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida foi cerca de 50% menor entre os RN com intercorrências logo após o nascimento e que não foram levados para suas mães ainda na sala de parto e entre as mães submetidas ao parto cesariano. Essa prevalência foi cerca de 90% menor entre os partos realizados em maternidades privadas, militares, estaduais ou conveniadas com o SUS, quando comparadas com os RN de maternidades municipais ou federais.

As variáveis distais e intermediárias perderam significância estatística ao se acrescentarem as variáveis mais proximais e o efeito de contexto das maternidades (Tabela 4).

A inclusão das maternidades como efeito de grupo (modelo 4) foi estatisticamente significativa, o que indica que a maternidade determina a prevalência do aleitamento materno na primeira hora. Após isso, os efeitos das variáveis incluídas no modelo 3 mantiveram suas estimativas próximas às do modelo sem esse efeito de grupo (Tabela 4). No entanto, a ampliação dos intervalos de confiança fez com que a variável “uso de ocitocina durante o parto” perdesse significância estatística.

Os modelos 1, 2 e 3 foram estatisticamente diferentes entre si (teste deviance, $p < 0,01$) e tiveram bom ajuste de resíduos. O modelo 4 não pôde ser comparado aos demais por meio do teste deviance, devido à inserção da variável de grupo (maternidades).

Testaram-se todas as possíveis interações entre as variáveis correlacionadas do modelo 4, e, apesar de três interações apresentarem relevância estatística, pouco acrescentaram em significância ao modelo (análise de deviance, IC99%). Decidiu-se, portanto, desconsiderar as interações no intuito de manter a parcimônia.

DISCUSSÃO

Apesar de ser uma prática recomendada pela OMS, o aleitamento materno na primeira hora de vida do RN foi pouco freqüente na população estudada e houve grande variação desse desfecho entre os estratos das maternidades.

Tabela 1. Proporção de crianças amamentadas na primeira hora de vida, segundo características de assistência ao pré-natal e hospitalar. Município do Rio de Janeiro, RJ, 1999-2001.

| Variável | n | % crianças amamentadas na primeira hora | p |
|---|-------|---|--------|
| Atenção hospitalar | | | |
| Maternidades (por financiamento) | | | <0,001 |
| Municipais e federais | 2.863 | 39,2 | |
| Conveniadas com o SUS, militares, estaduais e filantrópicas | 2.602 | 6,8 | |
| Privadas | 2.699 | 1,6 | |
| Tipo de parto | | | <0,001 |
| Vaginal | 4.187 | 26,4 | |
| Cesariana | 4.081 | 5,8 | |
| Ficou com acompanhante na sala de parto | | | <0,001 |
| Sim | 3.161 | 19,0 | |
| Não | 5.228 | 14,4 | |
| Avaliação do atendimento ao parto | | | <0,001 |
| Ótimo | 4.568 | 13,9 | |
| Bom, regular, ruim | 3.781 | 18,7 | |
| Recebeu ocitocina durante o parto | | | <0,001 |
| Sim | 3.289 | 20,4 | |
| Não | 4.502 | 12,2 | |
| Médico levou o recém-nascido à mãe logo que nasceu | | | <0,001 |
| Sim | 7.342 | 17,2 | |
| Não | 978 | 9,0 | |
| Atenção ao pré-natal | | | |
| Escore do pré-natal | | | <0,001 |
| Adequado e mais que adequado | 3.266 | 8,6 | |
| Intermediário | 2.516 | 16,5 | |
| Não fez pré-natal/ inadequado | 2.204 | 24,8 | |
| Tentativa de aborto | | | <0,001 |
| Não | 7.967 | 15,8 | |
| Sim | 416 | 23,1 | |
| Informações sobre aleitamento materno no pré-natal | | | 0,005 |
| Sim | 6.244 | 15,4 | |
| Não | 2.139 | 18,3 | |

Constatou-se a ausência de fatores maternos que expliquem o desfecho, o que pode ser indicativo de que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão para amamentar seus filhos na primeira hora de vida, ficando reféns das práticas institucionais vigentes nas maternidades e dos profissionais envolvidos no parto.

Tabela 2. Proporção de crianças amamentadas na primeira hora de vida, segundo características maternas e do recém-nascido. Município do Rio de Janeiro, RJ, 1999-2001.

| Variável | n | % crianças amamentadas na primeira hora | p |
|---|-------|---|--------|
| Maternas e Gestacionais | | | |
| Apoio do pai na gravidez | | | <0,001 |
| Sim | 7.533 | 15,6 | |
| Não | 842 | 20,9 | |
| Idade materna na gestação (em anos) | | | <0,001 |
| Até 19 anos | 1.577 | 22,4 | |
| 20 a 34 anos | 5.840 | 15,3 | |
| 35 e mais anos | 976 | 11,2 | |
| Ingeriu bebida alcoólica durante a gravidez | | | 0,030 |
| Não | 6.800 | 15,7 | |
| Sim | 1.597 | 18,1 | |
| Fumou na gravidez | | | <0,001 |
| Não | 7.331 | 15,3 | |
| Sim | 1.066 | 22,1 | |
| Agressão física durante a gravidez | | | <0,001 |
| Não | 8.108 | 15,8 | |
| Sim | 164 | 27,8 | |
| Desejo de engravidar | | | <0,001 |
| Sim | 3.081 | 11,5 | |
| Quería esperar mais um pouco | 2.697 | 18,5 | |
| Não queria mais engravidar | 1.862 | 22,0 | |
| Não | 1.226 | 21,3 | |
| Recém-nascido | | | |
| Sexo | | | 0,019 |
| Feminino | 4.054 | 17,1 | |
| Masculino | 4.138 | 15,2 | |
| Número de conceptos | | | 0,320 |
| Único | 7.993 | 16,0 | |
| Gemelar ou mais | 101 | 11,9 | |
| Presença de anomalias congênicas | | | 0,159 |
| Não | 7.769 | 16,3 | |
| Sim | 153 | 11,8 | |
| Peso ao nascer < 2.500g | | | 0,429 |
| Não | 7.716 | 16 | |
| Sim | 516 | 17,4 | |
| Intercorrências imediatas após o parto | | | <0,001 |
| Sim | 1.027 | 8,8 | |
| Não | 6.715 | 15,7 | |

Nem sempre os sentimentos e a vontade das mães são respeitados no momento do parto, e nesse momento de fragilidade a conduta profissional pode ser determinante da amamentação na sala de parto.

Tabela 3. Proporção de crianças amamentadas na primeira hora de vida, segundo características sociodemográficas. Município do Rio de Janeiro, RJ, 1999-2001.

| Variável | n | % crianças amamentadas na primeira hora | p |
|-------------------------------------|-------|---|--------|
| Cor da pele | | | |
| Branca | 4.306 | 12,6 | <0,001 |
| Não branca | 4.031 | 19,8 | |
| Paridade | | | |
| Primigesta | 4.096 | 12,3 | <0,001 |
| Dois ou três filhos | 3.538 | 18,5 | |
| Quatro ou mais filhos | 756 | 25,9 | |
| Situação conjugal | | | |
| Casada | 6.939 | 15,1 | <0,001 |
| Solteira, separada, viúva | 1.453 | 21,1 | |
| Escolaridade materna | | | |
| Médio completo ou superior | 3.220 | 7,6 | <0,001 |
| Médio incompleto | 1.897 | 17,3 | |
| Fundamental completo | 2.542 | 23,4 | |
| Analfabeto / fundamental incompleto | 711 | 25,7 | |
| Relação pessoas/cômodo | | | |
| Até uma | 4.277 | 11,0 | <0,001 |
| Entre uma e duas | 3.036 | 18,6 | |
| Mais de duas | 1.059 | 29,6 | |
| Saneamento básico | | | |
| Não adequado | 1.226 | 21,3 | <0,001 |
| Adequado | 7.132 | 15,3 | |

Sendo assim, o profissional de saúde assume papel normatizador e regulador do aleitamento materno pautado num saber científico construído,¹⁹ devendo agir com ética e respeito ao binômio mãe-bebê para fortalecer seus vínculos.

A amamentação na primeira hora de vida observada nas maternidades do município do Rio de Janeiro está abaixo da prevalência encontrada na região Sudeste em três pesquisas nacionais realizadas em 1996 (38,7%; Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde^d), em 2006 (37,7%; Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 2008^b) e em 2008 (63,5%; Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2009^e), porém, semelhantes à outra realizada em duas maternidades da cidade no mesmo período (19,5% numa maternidade pública e 15,8% numa maternidade privada).⁸ Essas diferenças podem ser decorrentes de viés de memória,

Tabela 4. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em maternidades. Município do Rio de Janeiro, RJ, 1999-2001.

| Variável | Fator | | | |
|---|------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | Distal (modelo 1) RP (IC99%) | Intermediário (modelo 2) RP (IC99%) | Proximal (modelo 3) RP (IC99%) | Multinível (modelo 4) RP (IC99%) |
| Cor da pele | | | | |
| Branca | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Não branca | 1,16 (1,03;1,30) | 1,14 (1,00;1,28) | 1,11 (0,97;1,25) | 1,07 (0,89;1,24) |
| Situação conjugal | | | | |
| Solteira, separada, viúva | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Casada | 1,18 (1,02;1,33) | 1,06 (0,90;1,23) | 0,99 (0,83;1,15) | 0,99 (0,79;1,20) |
| Paridade | 1,06 (1,02;1,10) | 1,08 (1,02;1,14) | 1,07 (1,01;1,12) | 1,06 (0,99;1,13) |
| Escolaridade | | | | |
| Médio completo ou superior | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Médio incompleto | 1,95 (1,74;2,17) | 1,54 (1,31;1,78) | 0,84 (0,63;1,05) | 0,95 (0,67;1,22) |
| Fundamental completo | 2,39 (2,18;2,60) | 1,81 (1,57;2,05) | 0,89 (0,69;1,10) | 1,05 (0,79;1,32) |
| Analfabeto / fundamental incompleto | 2,38 (2,12;2,64) | 1,83 (1,54;2,12) | 0,89 (0,62;1,16) | 1,04 (0,69;1,38) |
| Relação pessoas/cômodo | | | | |
| Até uma | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Entre uma e duas | 1,23 (1,07;1,39) | 1,13 (0,96;1,30) | 0,91 (0,76;1,07) | 0,99 (0,79;1,19) |
| Mais de duas | 1,58 (1,38;1,77) | 1,37 (1,16;1,59) | 1,05 (0,84;1,25) | 1,11 (0,85;1,38) |
| Desejo de engravidar | | | | |
| Sim | - | 1 | 1 | 1 |
| Queria esperar mais um pouco | - | 1,30 (1,14;1,47) | 1,23 (1,07;1,40) | 1,13 (0,92;1,33) |
| Não | - | 1,26 (1,07;1,46) | 1,11 (0,91;1,31) | 1,03 (0,78;1,27) |
| Idade | - | 0,98 (0,97;0,99) | 0,99 (0,98;1,01) | 0,99 (0,98;1,01) |
| Informações sobre aleitamento materno no pré-natal | | | | |
| Sim | - | 1 | 1 | 1 |
| Não | - | 0,89 (0,74;1,04) | 0,96 (0,81;1,11) | 0,99 (0,80;1,18) |
| Escore do pré-natal | | | | |
| Adequado e mais que adequado | - | 1 | 1 | 1 |
| Intermediário | - | 1,34 (1,13;1,55) | 0,88 (0,69;1,07) | 0,93 (0,70;1,17) |
| Não fez pré-natal / inadequado | - | 1,56 (1,34;1,78) | 0,92 (0,73;1,11) | 0,96 (0,71;1,21) |
| Intercorrências imediatas após o parto | | | | |
| Não | - | - | 1 | 1 |
| Sim | - | - | 0,49 (0,21;0,76) | 0,47 (0,15;0,80) |
| Recém-nascido levado à mãe logo que nasceu | | | | |
| Sim | - | - | 1 | 1 |
| Não | - | - | 0,54 (0,25;0,82) | 0,62 (0,29;0,95) |
| Uso de ocitocina durante o parto | | | | |
| Não | - | - | - | - |
| Sim | - | - | 0,86 (0,72;0,99) | 1,05 (0,87;1,22) |
| Tipo de parto | | | | |
| Vaginal | - | - | 1 | 1 |
| Cesariano | - | - | 0,47 (0,27;0,68) | 0,48 (0,24;0,72) |
| Maternidades | | | | |
| Municipais e federais | - | - | 1 | 1 |
| Conveniadas com o SUS, militares, estaduais e filantrópicas | - | - | 0,18 (0,01;0,40) | 0,16 (0,01;0,30) |
| Privadas | - | - | 0,07 (0,02;0,11) | 0,06 (0,01;0,11) |

SUS: Sistema Único de Saúde

resultante da metodologia da PNDS,⁴ cuja população-alvo era a de mães de crianças com até 59 meses de idade. As discrepâncias observadas no início do aleitamento materno entre maternidades públicas e privadas mantiveram-se mesmo após ajuste do modelo por fatores individuais e de grupo. Essas diferenças foram também observadas em estudo realizado em São Paulo, SP²³, e no Rio de Janeiro,⁸ e podem ser explicadas pelo investimento na implantação da IHAC em maternidades públicas e pelo crescimento expressivo dessa iniciativa nas últimas décadas no Brasil.¹⁴

Na época em que foi conduzido o estudo, as maternidades federais eram geridas pela esfera municipal do Rio de Janeiro, com exceção do Hospital dos Servidores do Estado, e foram agrupadas no mesmo estrato. As maternidades municipais tradicionalmente recebem treinamentos, seguem as políticas de aleitamento materno do município,⁵ muitas estavam em processo de acreditação da IHAC e possuíam Banco de Leite Humano.

O primeiro artigo do estudo original¹⁵ agrupou as maternidades em três estratos, de acordo com a proporção de baixo peso ao nascer; o segundo estrato agregou o grupo mais heterogêneo de maternidades. Nesse estrato as maternidades conveniadas, apesar de serem financiadas pelo SUS, eram refratárias às políticas públicas de aleitamento materno. As demais maternidades do mesmo estrato, exceto um hospital universitário, não estavam em processo de implantação da IHAC na época.

As maternidades privadas (terceiro estrato) tendiam a não adotar nenhuma política de promoção do aleitamento materno na época do estudo.

Essas diferenças entre as políticas de aleitamento materno adotadas pelas maternidades refletiram-se nas diferenças de prevalência de aleitamento materno na primeira hora.

Sobre o processo de modelagem estatística, a principal vantagem de manter as variáveis de um nível anterior que perderam significância estatística é observar o processo de intermediação de efeitos ao adicionar um grupo de variáveis de um nível mais proximal.

Na análise univariada observou-se que as mães casadas, com menor relação entre pessoas por cômodo, com acesso ao saneamento básico, que tinham desejo de engravidar, não sofreram agressão física durante a gestação, não fumaram nem ingeriram bebidas alcoólicas durante a gestação, receberam apoio durante a gestação, receberam informações sobre aleitamento materno durante a gestação, não tentaram abortar e tiveram melhor acompanhamento no pré-natal (variáveis distais e intermediárias) tiveram menor probabilidade de amamentar na primeira hora, enquanto o esperado era o oposto. Quando essas variáveis são analisadas conjuntamente em um modelo estatístico,

elas deixam de ser significantes, pois variáveis maternas como idade e paridade podem explicar, por exemplo, o acesso às maternidades e o tipo de parto aos quais elas são submetidas.¹

Os indicadores socioeconômicos maternos podem estar correlacionados com o tipo de maternidade em que ocorre o parto.¹⁵ A decisão pelo parto cesariano pode ser determinada também durante o contato da gestante com os serviços de saúde.⁹ No presente estudo, essas variáveis tiveram seu efeito mediado por fatores relacionados à atenção ao parto (como o tipo de parto, satisfação com o atendimento, uso de ocitocina, e fonte de financiamento da maternidade) e pela maternidade como efeito de contexto.

No modelo 4, esse efeito de grupo ou de contexto foi tão importante que os fatores “paridade” e “uso de ocitocina na sala de parto” deixaram de ser estatisticamente significantes no modelo final.

O parto cesariano foi responsável por reduzir pela metade a prevalência da amamentação na primeira hora nas maternidades, considerando o modelo final (modelo 4). O efeito da intervenção cesariana no adiamento da primeira mamada é evidenciado em diversos estudos^{1,3} e pode estar relacionado à anestesia e aos procedimentos cirúrgicos ocorridos no pós-parto. O estudo de D’Orsi et al, também realizado no Rio de Janeiro, encontrou maior prevalência de amamentação ao nascimento nos partos normais (33% em uma maternidade pública e 23,7% em uma maternidade privada) do que nos cesáreos (6,9% na pública e 8% na privada).⁸

O aleitamento materno na primeira hora de nascimento foi menos prevalente entre os RN com intercorrências imediatas após o parto. Apesar de esse efeito ser esperado, o desenho do presente estudo retirou *a priori* da análise os RN que poderiam ter alguma dificuldade de estabelecer o aleitamento materno (como crianças com muito baixo peso ao nascer e índice Apgar menor que sete). Como essa questão específica foi obtida por entrevista com as mães, e como a discriminação dos tipos de intercorrências variava consideravelmente (referia-se a uma pergunta aberta no questionário estruturado), não foi possível categorizar essa variável.

O fato de a mãe não ter contato com o RN na sala de parto reduziu a prevalência de aleitamento materno na primeira hora. Esse contato muitas vezes é adiado ou minimizado em favor das diversas rotinas, cuidados e práticas determinadas pela equipe assistencial e as instituições, muitas delas possivelmente ineficientes.¹⁶

Um estudo qualitativo avaliou que, apesar de se sentirem desajeitadas para amamentar na sala de parto, e de a visão do RN sujo de sangue e fluido amniótico causar estranhamento, a amamentação logo após o nascimento era aceita pelas mães e entendida como um componente da maternidade.¹⁷

Mesmo em uma maternidade que institucionaliza rotinas de humanização pode haver diferenças nos padrões de atendimento, que podem reduzir o potencial de empoderamento na decisão de amamentar, caso não sejam consideradas as diferenças socioculturais das mulheres.²⁴

Outro estudo observou que, apesar da valorização do contato inicial com os RN no pós-parto imediato, havia seu afastamento das mães, o que gerava sentimentos desde medo e preocupação de serem separadas de seus bebês até a valorização dessa separação, por acreditarem na importância desses cuidados para a manutenção da integridade física de seus filhos.⁷

Observou-se o efeito de grupo que as maternidades exercem na amamentação na primeira hora, ou seja, a prevalência dessa prática é muito parecida entre os RN de uma mesma maternidade, mas varia entre as maternidades, independentemente dos fatores individuais que possam favorecer ou não o aleitamento na primeira hora. As normas, rotinas, quantidade de leitos (e sua forma de ocupação), o investimento em capacitações, a tradição institucional, o contexto da vizinhança, a acessibilidade e outros possíveis fatores não mensurados geram uma realidade única em cada maternidade quanto à amamentação na primeira hora, o que pôde ser constatado pela abordagem multinível.

A principal limitação do estudo foi o fato de não ter sido originalmente desenhado para avaliar a amamentação na primeira hora de vida. Assim, informações importantes relacionadas à amamentação na primeira hora não foram coletadas, como: se ela ocorreu na sala de parto, qual profissional levou a criança ao peito, aspectos de pega e posição da mamada, dentre outros que poderiam enriquecer a análise e discussão do tema.

Uma das formas de modificar a realidade vigente é a capacitação profissional. É necessário que os

profissionais desenvolvam competências e habilidades em aleitamento materno para realizar intervenções adequadas e superar as possíveis barreiras à amamentação, sobretudo na sala de parto. Para tanto, as secretarias estaduais e municipais de saúde devem oferecer apoio institucional por meio de treinamento aos profissionais da rede pública, conveniada e privada na IHAC (OMS/Opas/Unicef²⁵).

Além disso, é fundamental que todas as instituições, sobretudo as particulares, conveniadas ao SUS, estaduais, filantrópicas e militares, invistam na implementação de políticas institucionais e públicas, como a IHAC, que promovam a prática da amamentação na primeira hora desde o pré-natal. A abordagem às mulheres quanto ao aleitamento materno deve ser continuada: estimulada no pré-natal, a sua prática iniciada precocemente na maternidade e apoiada durante o acompanhamento mãe-bebê, por intermédio de profissionais capacitados no manejo da lactação e na escuta das vivências e dúvidas maternas. A transversalidade entre a IHAC e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação deve ser aprimorada, a fim de que as políticas de promoção, proteção e apoio à amamentação alcancem efetividade em estender a duração do aleitamento materno exclusivo, um desafio que se coloca hoje para o País.²⁰

É necessário que as mães sejam empoderadas a amamentar ainda na sala de parto, respeitando suas particularidades e diversidades socioculturais. A mulher deve ser sujeito no ato de amamentar na primeira hora de vida; este não deve ser mais um procedimento ao qual a mulher seja submetida em prol de um ideário de humanização. Esse empoderamento deve começar no pré-natal, a partir de um diálogo entre a equipe de saúde e a mulher sobre todos os potenciais benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida, para que avalie e construa suas escolhas.

REFERÊNCIAS

1. Almeida S, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AAM, Ribeiro VS. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(12):2909-18. DOI:10.1590/S0102-311X2008001200020
2. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3):CD003519.
3. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira, MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cad Saude Publica*. 2008;24(11):2681-94. DOI:10.1590/S0102-311X2008001100023
4. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2009;36(2):97-109. DOI:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x
5. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVF, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):1021-9. DOI:10.1590/S0034-89102009005000079
6. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):992-8. DOI:10.1590/S0034-89102008000600003
7. Cruz DCS, Symam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):690-7. DOI:10.1590/S0080-62342007000400021

8. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):646-54. DOI:10.1590/S0034-89102005000400020
9. Dias MAB, Domingues RRMSM, Pereira APE, Fonseca SSC, Gama SGN, Theme FMM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(5):1521-34. DOI:10.1590/S1413-81232008000500017
10. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117(3):e380-6. DOI:10.1542/peds.2005-1496
11. Fox J. An R and S-Plus Companion to Applied Regression. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
12. Gelman A, Hill J. Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p.375-84.
13. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, François, P. Initiation et Durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pediatr*. 2001;8(8):807-15. DOI:10.1016/S0929-693X(01)00539-5
14. Lamounier JA, Bouzada MCF, Janneu AMS, Maranhão AGK, Araújo MFM, Vieira GO, et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26(2):161-9. DOI:10.1590/S0103-05822008000200012
15. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavallini MR, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Suppl 1):S20-33. DOI:10.1590/S0102-311X2004000700003
16. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(3):262-72. DOI:10.1016/j.jmwh.2007.01.005
17. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano MAS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(4):427-32. DOI:10.1590/S0103-21002006000400010
18. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth*. 2007;34(3):202-11. DOI:10.1111/j.1523-536X.2007.00172.x
19. Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(2):230-8. DOI:10.1590/S0104-11692007000200007
20. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1901-10. DOI:10.1590/S0102-311X2005000600040
21. REA MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003;19(Suppl 1):S37-45. DOI:10.1590/S0102-311X2003000700005
22. Rowe-Murray HJ, Fisher JRW. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*. 2002;29(2):124-30. DOI:10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x
23. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2001;35(5):419-14. DOI:10.1590/S0034-89102001000500001
24. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(Suppl 2):S419-27. DOI:10.1590/S0102-311X2003000800023

Artigo baseado em dissertação de mestrado de Boccolini CS, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, em 2007.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.