

Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo no sudoeste da Bahia, 2017*

doi: 10.5123/S1679-49742020000200016

Prevalence and factors associated with maternal breastfeeding in the first hour of life in full-term live births in southwest Bahia, Brazil, 2017

Prevalencia y factores asociados a la lactancia en la primera hora de vida en nacidos vivos a término en el suroeste de Bahia, Brasil, 2017


Priscilla Keylla Santos Sousa¹ -  orcid.org/0000-0001-8005-6896

Taiane Gonçalves Novaes² -  orcid.org/0000-0002-9180-5490

Elma Izze da Silva Magalhães³ -  orcid.org/0000-0001-9909-9861

Andressa Tavares Gomes¹ -  orcid.org/0000-0002-5366-2804

Vanessa Moraes Bezerra¹ -  orcid.org/0000-0001-5333-2875

Michele Pereira Netto⁴ -  orcid.org/0000-0003-0017-6578

Daniela da Silva Rocha¹ -  orcid.org/0000-0001-6969-6841

¹Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Vitória da Conquista, BA, Brasil

²Faculdade de Tecnologia e Ciências, Departamento de Nutrição, Jequié, BA, Brasil

³Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas, RS, Brasil

⁴Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Nutrição, Juiz de Fora, MG, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar a prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida (AMPHV) em nascidos vivos a termo em Vitória da Conquista, BA, Brasil. **Métodos:** estudo transversal aninhado a uma coorte; os dados foram coletados por meio de questionário aplicado às mães e prontuário, de fevereiro a agosto de 2017; empregou-se análise multivariável hierarquizada com regressão de Poisson. **Resultados:** foram incluídos 388 pares mãe-nascido vivo; a prevalência de AMPHV foi de 49,5%; associaram-se ao desfecho a escolaridade materna ≥ 12 anos (RP=0,63 – IC_{95%} 0,46;0,87), orientações no pré-natal sobre pega e posicionamento da criança (RP=1,44 – IC_{95%} 1,07;1,95), nascido vivo levado até a mãe logo após o parto (RP=1,41 – IC_{95%} 1,04;1,92), alojamento conjunto (RP=2,42 – IC_{95%} 1,09;5,36) e parto realizado em Hospital Amigo da Criança (RP=2,43 – IC_{95%} 1,72;3,43). **Conclusão:** a AMPHV associou-se a fatores maternos, atenção pré-natal e assistência hospitalar.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Estudos Transversais; Cuidado Pré-Natal; Maternidades; Assistência Hospitalar; Período Pós-Parto.

*Manuscrito originado do trabalho de conclusão de curso de nutrição intitulado 'Prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida e fatores associados', apresentado por Priscilla Keylla Santos Sousa junto ao Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), Campus Anísio Teixeira, em 2018.

Endereço para correspondência:

Daniela da Silva Rocha – Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Rua Rio de Contas, nº 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias, Vitória da Conquista, BA, Brasil. CEP: 45029-094
E-mail: drochaufba@gmail.com

Introdução

O aleitamento materno na primeira hora de vida (AMPHV) é uma prática recomendada no 'quarto passo para o sucesso do aleitamento materno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)', que se refere à promoção do contato pele a pele, imediato e ininterrupto, entre a mãe e a criança, e ao auxílio às mães para iniciarem o aleitamento materno o mais precocemente possível após o nascimento.¹

No pós-parto imediato, o neonato está alerta e mais apto a iniciar a amamentação, tendo capacidade de se mover para a região mamilo-areolar e sugar prontamente nos primeiros 60 minutos de vida.² Após esse período, muitas crianças entram na fase do sono,³ o que atrapalha a amamentação e aumenta a chance da prescrição de complementos.⁴

O AMPHV está associado à maior duração do aleitamento materno⁵ e à redução da mortalidade neonatal.⁶ Os benefícios do início precoce da amamentação estão relacionados tanto aos componentes do leite materno quanto ao contato mãe-filho. O AMPHV favorece o recebimento do colostro, que contém fatores imunológicos bioativos destinados a conferir proteção imunológica à criança, prevenindo a colonização intestinal por micro-organismos patogênicos.⁷ O contato 'pele a pele' entre mãe e filho logo após o parto contribui para a colonização da pele da criança pela microbiota da mãe, a estabilização cardiorrespiratória e da temperatura corporal.⁸ Além disso, colocar a criança na mama logo após o nascimento minimiza a separação, favorece o estabelecimento do vínculo afetivo mãe/filho, potencializa a liberação de ocitocina e a criança aprende a mamar de maneira mais eficiente, dando-lhe satisfação e vontade de voltar a mamar.⁹

No pós-parto imediato, o neonato está alerta e mais apto a iniciar a amamentação, tendo capacidade de se mover para a região mamilo-areolar e sugar prontamente nos primeiros 60 minutos de vida. Após esse período, muitas crianças entram na fase do sono, o que atrapalha a amamentação e aumenta a chance da prescrição de complementos

Segundo dados de inquéritos nacionais realizados em 153 países de alta e baixa-média renda em 2010, apenas metade das crianças foram amamentadas durante a primeira hora de vida.¹⁰ No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 revelaram que 42,9% das crianças receberam AMPHV.¹¹ Os resultados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, em 2008, por sua vez, mostraram um incremento significativo na prevalência de AMPHV (67,7%).¹²

A literatura aponta que diversos fatores influenciam no tempo para a primeira mamada, sendo alguns fatores de risco para a não amamentação na primeira hora de vida: idade materna menor que 25 anos; baixa escolaridade materna; parto cesáreo; e idade gestacional inferior a 37 semanas.¹³ Outrossim, a assistência obstétrica inadequada e a ausência de alojamento conjunto após o parto também interferem negativamente no AMPHV.¹⁴

No Brasil, particularmente na região Nordeste, a literatura acerca da prevalência e fatores associados ao AMPHV ainda é escassa.¹³⁻¹⁵ A identificação de fatores que influenciam a prática do AMPHV é de fundamental importância, como subsídio à definição de estratégias para elaboração e implementação de políticas de Saúde Pública que visem estimular o início precoce do aleitamento materno. Nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar a prevalência e os fatores associados ao AMPHV em Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal, analítico, aninhado a uma coorte intitulada 'Acompanhamento das práticas de aleitamento materno e alimentação complementar em crianças menores de 1 ano', constituída de mães residentes no município de Vitória da Conquista, Sudoeste da Bahia. A coorte teve a coleta de dados em todas as maternidades do município; os seguimentos posteriores foram aos 30 dias, 6 meses e 12 meses de vida da criança, mediante visitas domiciliares. Este artigo apresenta as informações referentes à linha de base da coorte (dados coletados nas maternidades).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019, Vitória da Conquista é a terceira maior cidade do estado da Bahia e a quarta no interior do Nordeste, com uma população de 341.597 habitantes, dos quais 89,5% residentes em área urbana. Em 2010, o município apresentava um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

de 0,678, além de ser considerado referência em saúde para cerca de 80 municípios na Bahia e 16 no Norte de Minas Gerais.¹⁶

A população estudada foi constituída por puérperas e nascidos vivos, que se encontravam internados no pós-parto em todas as maternidades do município. Vitória da Conquista possui quatro maternidades: uma pública; uma privada; e duas a prestar atendimento tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como pelo sistema privado. Das quatro maternidades, apenas a pública foi credenciada e recebeu o selo de Hospital Amigo da Criança.

Foram elegíveis para o estudo de coorte as mães residentes em Vitória da Conquista, com nascidos vivos saudáveis, não gemelares e com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas. Os critérios de exclusão foram: (i) as crianças nascidas com alguma malformação que comprometesse a amamentação; (ii) as mães portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV); e (iii) as mães residentes na zona rural de Vitória da Conquista, em virtude das limitações logísticas para o acompanhamento dos participantes nas demais etapas do estudo.

A amostra do estudo foi constituída pelas puérperas e nascidos vivos avaliados na linha de base da coorte. Para o cálculo dessa amostra, considerou-se o número de nascidos vivos no ano de 2016 em Vitória da Conquista ($n=5.541$) e uma prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida em Vitória da Conquista de 58%,¹⁷ com precisão de 5 pontos percentuais e intervalo de confiança de 95% ($IC_{95\%}$), resultando em uma amostra mínima de 351 pares mãe-bebê. Para este estudo, calculou-se o poder da amostra a posteriori, considerando-se $IC_{95\%}$; as variáveis explicativas estudadas apresentaram um poder que variou de 76,5 a 100%.

Os dados foram coletados entre fevereiro e agosto de 2017, por pesquisadores previamente treinados para aplicação do questionário e coleta de informações no prontuário. Nas maternidades, as mães que tiveram filhos durante as 24 horas do dia anterior à coleta de dados foram identificadas, tendo seus prontuários avaliados em relação aos critérios de elegibilidade. As mães e os nascidos vivos que atendiam aos critérios para participação na pesquisa eram selecionadas mediante sorteio simples, para a escolha de três binômios mãe/nascido vivo a cada dia; se houvesse apenas três duplas, ou menos, que

preenchessem os critérios de inclusão, todas eram convidadas. O critério de seleção das três duplas por dia, em cada maternidade, foi estabelecido para viabilizar o acompanhamento dos participantes ao longo do seguimento. As puérperas elegíveis para o estudo receberam a visita das pesquisadoras em seus leitos. O questionário proposto a elas constituía-se de perguntas sobre condições sociodemográficas, do pré-natal e do parto, e relacionadas à amamentação.

A variável de desfecho foi o AMPHV, informação solicitada à mãe com a seguinte questão:

“A criança mamou na primeira hora de vida, após o nascimento?”

As variáveis independentes foram agrupadas em três blocos, de acordo com o modelo conceitual hierárquico adaptado de Boccolini et al.¹⁸ (Figura 1), e categorizadas conforme descrito a seguir.

O bloco 1 (nível distal) compreendeu as variáveis sociodemográficas e maternas:

- a) idade materna (em anos: <20; 20 a 34; ≥35);
- b) escolaridade materna (em anos de estudo: 0 a 4; 5 a 8; 9 a 11; ≥12 anos);
- c) raça/cor da pele materna (branca/amarela; preta; parda);
- d) situação conjugal materna (sem companheiro; com companheiro); e
- e) relação pessoas/cômodo (<1; ≥1).

O bloco 2 (nível intermediário) foi composto pelas variáveis da assistência pré-natal, características gestacionais e hábitos de vida maternos:

- a) número de consultas de pré-natal (≥6; <6);
- b) local das consultas de pré-natal (público; privado);
- c) avaliação materna quanto às orientações dos profissionais no pré-natal (insatisfatória; satisfatória);
- d) participação em grupo de gestantes (não; sim);
- e) orientações no pré-natal sobre como colocar a criança no peito (não; sim);
- f) orientações no pré-natal sobre a ordenha manual (se necessário) (não; sim);
- g) paridade (primípara; múltípara);
- h) planejamento da gestação (não; sim);
- i) satisfação quanto à descoberta da gestação (insatisfeita; satisfeita);
- j) tabagismo durante a gestação (não; sim); e
- k) consumo de álcool durante a gestação (não; sim).

No bloco 3 (nível proximal), foram incluídas as variáveis referentes à atenção hospitalar e características do nascido vivo:

- a) nascido vivo levado até a mãe logo após o parto (não; sim);
- b) alojamento conjunto (não; sim);
- c) parto em Hospital Amigo da Criança (não; sim);
- d) tipo de parto (vaginal; cesárea);
- e) incentivo a amamentação, pelos profissionais de saúde (não; sim);
- f) peso ao nascer (em gramas: ≥ 2.500 ; < 2.500);
- g) sexo do nascido vivo (feminino; masculino); e
- h) intercorrências com o nascido vivo no parto (não; sim).

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do *software* Stata versão 13.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA). Para a caracterização da população de estudo, as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, e as quantitativas, por medidas de tendência central e de dispersão. O teste do qui-quadrado de Pearson, em um nível de significância de 5%, foi utilizado para verificar diferenças nas proporções de AMPHV, relativamente às variáveis independentes do estudo, e a diferença da prevalência de AMPHV entre as maternidades do município.

A análise dos fatores associados ao AMPHV foi realizada por regressão de Poisson, com variâncias robustas. Inicialmente, realizou-se análise bruta estimando-se as razões de prevalência brutas e respectivos $IC_{95\%}$. As variáveis que apresentaram valor de p inferior a 0,20 foram incluídas na análise multivariável, de forma hierárquica, segundo os níveis do modelo conceitual.

Na primeira etapa da análise multivariável, foram incluídas as variáveis do nível distal (modelo 1). Na segunda etapa, foram incluídas as variáveis do nível intermediário, ajustadas pelas variáveis significativas ($p \leq 0,05$) do nível distal (modelo 2). E na terceira etapa, incluíram-se as variáveis do nível proximal, ajustadas pelas variáveis significativas ($p \leq 0,05$) dos níveis anteriores (modelo 3). Foram consideradas como significativamente associadas ao AMPHV as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$ em cada modelo de regressão. O critério de Akaike foi adotado para comparação entre os modelos. O tipo de maternidade não foi inserido na análise ajustada, em função da colinearidade com a variável 'Hospital Amigo da Criança'.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia (CEP-Seres Humanos/IMS/UFBA) e aprovado: Protocolo nº 1.861.163, emitido em 12 de dezembro de 2016. O estudo foi conduzido de acordo com os padrões éticos estabelecidos na Declaração de Helsinki de 1964 e suas alterações posteriores. Antes mesmo da aprovação do CEP-Seres Humanos/IMS/UFBA, todas as maternidades foram informadas do objetivo da pesquisa e assinaram um ofício consentindo com a coleta de dados. Todas as participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como condição à realização da entrevista.

Resultados

De um total de 421 puérperas convidadas a participar do estudo, 388 foram entrevistadas. Houve 7,8% de recusas. A média de idade das mães foi de 27,7 anos (desvio-padrão [DP] = 6,5), variando de 14 a 44 anos. A maioria dessas mulheres vivia com companheiro estável (78,3%), 58,5% declararam-se pardas e 46,7% tinham entre 9 e 11 anos de estudo (Tabela 1).

Em relação às características da assistência pré-natal, gestacionais e hábitos de vida maternos, observou-se que a maioria das mães realizou seis ou mais consultas de pré-natal (80,2%), 47,7% eram primíparas e 4,6% relataram ter fumado durante a gestação (Tabela 2).

Quanto às características da atenção hospitalar e do nascido vivo, 50,5% dos partos ocorreram no Hospital Amigo da Criança, 53,1% dos nascidos vivos eram do sexo masculino e 4,6% nasceram com baixo peso (Tabela 3).

A prevalência de AMPHV na amostra total foi de 49,5% ($IC_{95\%}$ 44,5;54,5%). Observou-se uma discrepância na prática do AMPHV entre as maternidades, variando de 14,3 a 75,5% ($p < 0,001$). A maior prevalência de AMPHV foi observada no Hospital (público) Amigo da Criança: prevalência de 75,5% ($IC_{95\%}$ 68,9;81,1%). Na maternidade privada, a prevalência de AMPHV foi de 36,2% ($IC_{95\%}$ 24,6;49,6%), enquanto nos demais hospitais, que prestam atendimento tanto pelo serviço público quanto pelo privado, as prevalências foram de 14,3% ($IC_{95\%}$ 6,8;27,6%) e 18,8% ($IC_{95\%}$ 11,7;28,8%). Não se observou diferença significativamente estatística nas prevalências de AMPHV entre ambos os hospitais onde os atendimentos são realizados pelos serviços público e privado (dados não apresentados).

Tabela 1 – Prevalência e razão de prevalência bruta do aleitamento materno na primeira hora de vida segundo características sociodemográficas e maternas (n=388), Vitória da Conquista, Bahia, 2017

Variável	n (%) ^a	Prevalência do AMPHV(%) ^b	RP(bruta) ^c	IC _{95%} ^d	p-valor ^e
Idade materna (em anos)					0,997
<20	44 (11,3)	50,0	1,00		
20-34	275 (70,9)	49,5	0,99	0,72;1,36	
≥35	69 (17,7)	49,3	0,99	0,67;1,44	
Escolaridade materna (em anos de estudo)					0,034
0-4	47 (12,1)	63,8	1,00		
5-8	56 (14,4)	55,4	0,87	0,63;1,19	
9-11	181 (46,7)	49,2	0,77	0,59;1,00	
≥12	104 (26,8)	40,4	0,63	0,46;0,87	
Raça/cor da pele materna					0,297
Branca/amarela	93 (24)	49,5	1,00		
Preta	68 (17,5)	57,4	1,16	0,87;1,55	
Parda	227 (58,5)	47,1	0,95	0,74;1,22	
Situação conjugal materna					0,890
Sem companheiro	84 (21,7)	48,8	1,00		
Com companheiro	304 (78,3)	49,7	1,02	0,80;1,30	
Relação pessoas/cômodo					0,008 ^f
<1	323 (83,3)	46,8	1,00		
≥1	65 (16,8)	63,1	1,35	1,08;1,68	

a) Descrição da amostra: n = valor absoluto; % = frequência.
b) AMPHV: aleitamento materno na primeira hora de vida.
c) RP: razão de prevalência.
d) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.
e) Regressão de Poisson com estimador de variância robusto.
f) p<0,01.

A partir dos resultados da análise bruta, entre as variáveis do bloco 1, apenas ‘escolaridade materna’ e ‘relação pessoas/cômodo’ foram inseridas na análise múltipla (Tabela 1). Do bloco 2 foram incluídas quase todas as variáveis na análise multivariável, com exceção de ‘planejamento da gestação’ e ‘sentimento quanto à descoberta da gestação’ (Tabela 2). Quanto às variáveis do bloco 3, foram incluídas no modelo múltiplo: nascido vivo levado até a mãe logo após o parto; alojamento conjunto; parto realizado em Hospital Amigo da Criança; tipo de parto; incentivo a amamentação, pelos profissionais de saúde; e peso ao nascer (Tabela 3).

Na análise multivariável (Tabela 4), observou-se associação do AMPHV com: escolaridade materna, com menor prevalência de AMPHV entre os filhos de mães com 12 anos ou mais de estudo (RP=0,63 – IC_{95%} 0,46;0,87), comparados aos de mães com escolaridade entre 0 e 4 anos; recebimento de orientações

no pré-natal sobre como colocar a criança no peito (RP=1,44 – IC_{95%} 1,07;1,95); nascido vivo levado até a mãe logo após o parto (RP=1,41 – IC_{95%} 1,04;1,92); alojamento conjunto (RP=2,42 – IC_{95%} 1,09;5,36); e parto realizado em Hospital Amigo da Criança (RP=2,43 – IC_{95%} 1,72;3,43).

Discussão

Praticamente metade das crianças da amostra foram amamentadas na primeira hora de vida. Esse desfecho foi significativamente associado a escolaridade materna ≥12 anos, recebimento de orientações no pré-natal sobre como colocar a criança no peito, nascido vivo ter sido levado até a mãe logo após o parto, alojamento conjunto e parto realizado em Hospital Amigo da Criança.

No presente estudo, observou-se uma prevalência de AMPHV em Vitória da Conquista semelhante à prevalên-

Tabela 2 – Prevalência e razão de prevalência bruta do aleitamento materno na primeira hora de vida segundo características da assistência pré-natal, gestacionais e hábitos de vida maternos (n=388), Vitória da Conquista, Bahia, 2017

Variável	n (%) ^a	Prevalência do AMPHV(%) ^b	RP(bruta) ^c	IC _{95%} ^d	p-valor ^e
Número de consultas de pré-natal					0,031
≥6	311 (80,2)	47,0	1,00		
<6	77 (19,8)	59,7	1,27	1,02;1,58	
Local das consultas de pré-natal					0,007 ^f
Público	268 (69,4)	54,1	1,00		
Privado	118 (30,6)	38,1	0,70	0,55;0,91	
Avaliação materna quanto às orientações dos profissionais no pré-natal					0,045 ^g
Insatisfatória	52 (13,5)	34,6	1,00		
Satisfatória	334 (86,5)	51,5	1,49	1,01;2,19	
Participação em grupo de gestantes					0,115
Não	281 (72,6)	47,0	1,00		
Sim	106 (27,4)	55,7	1,18	0,96;1,46	
Orientações no pré-natal sobre como colocar a criança no peito					0,009 ^f
Não	82 (30,6)	39,0	1,00		
Sim	186 (69,4)	58,1	1,49	1,11;2,00	
Orientações no pré-natal sobre a ordenha manual (se necessário)					0,020 ^g
Não	163 (60,8)	46,6	1,00		
Sim	105 (39,2)	61,0	1,31	1,04;1,64	
Paridade					0,021 ^g
Primípara	185 (47,7)	43,2	1,00		
Múltipara	203 (52,3)	55,2	1,28	1,04;1,57	
Planejamento da gestação					0,663
Não	220 (56,7)	50,5	1,00		
Sim	168 (43,3)	48,2	0,96	0,78;1,17	
Sentimento quanto à descoberta da gestação					0,463
Insatisfeita	55 (14,8)	54,6	1,00		
Satisfeita	318 (85,2)	49,4	0,91	0,69;1,18	
Tabagismo durante a gestação					0,072
Não	370 (95,4)	48,7	1,00		
Sim	18 (4,6)	66,7	1,37	0,97;1,93	
Consumo de álcool durante a gestação					0,169
Não	360 (92,8)	48,6	1,00		
Sim	28 (7,2)	60,7	1,25	0,91;1,71	

a) Descrição da amostra: n = valor absoluto; % = frequência.

b) AMPHV: aleitamento materno na primeira hora de vida.

c) RP: razão de prevalência.

d) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

e) Regressão de Poisson com estimador de variância robusto.

f) p<0,01.

g) p<0,05.

cia estimada em 153 países de alta e baixa-média renda em 2010 (50%).¹⁰ Porém, a prevalência encontrada aqui foi inferior tanto à prevalência em nível nacional (67,7%) quanto à observada na região Nordeste (66,9%); e inferior à do próprio município (58%) quando objeto da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 2008.^{12,16} Contudo, é importante destacar que, neste estudo, as informações sobre AMPHV foram coletadas diretamente das mães, nas primeiras 24 horas após o parto, enquanto, na pesquisa do Ministério da Saúde, as informações sobre o horário de início do aleitamento materno foram coletadas em entrevista com mães de crianças menores de 1 ano, das quais

71,3% com mais de 3 meses de vida¹² – o que implica a possibilidade de viés recordatório, possivelmente capaz de superestimar a prevalência de AMPHV.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁹ classifica com ‘razoável’ uma prevalência de AMPHV cujo valor se encontre no espectro de 50 a 89%, razão por que a população total do presente trabalho foi classificada nessa categoria; porém, quando estratificada para as maternidades estudadas, as classificações mostraram-se diferentes. A prevalência observada no Hospital Amigo da Criança foi classificada como ‘boa’ (prevalência de 50 a 89%), enquanto, na maternidade exclusivamente privada e nas maternidades de atendimento público e

Tabela 3 – Prevalência e razão de prevalência bruta do aleitamento materno na primeira hora de vida segundo características da atenção hospitalar e do nascido vivo (n=388), Vitória da Conquista, Bahia, 2017

Variável	n (%) ^a	Prevalência do AMPHV(%) ^b	RP(bruta) ^c	IC _{95%} ^d	p-valor ^e
Nascido vivo levado até a mãe logo após o parto					<0,001 ^f
Não	141 (36,3)	28,4	1		
Sim	247 (63,7)	61,5	2,17	1,64;2,87	
Alojamento conjunto					<0,001 ^f
Não	66 (17)	12,1	1		
Sim	322 (83)	57,1	4,71	2,44;9,10	
Parto realizado em Hospital Amigo da Criança					<0,001 ^f
Não	192 (49,5)	22,9	1		
Sim	196 (50,5)	75,5	3,29	2,51;4,32	
Tipo de parto					<0,001 ^f
Vaginal	181 (46,7)	60,2	1		
Cesariana	207 (53,3)	40,1	0,67	0,54;0,82	
Incentivo a amamentação, pelos profissionais de saúde					0,055
Não	53 (13,7)	35,9	1		
Sim	334 (86,3)	51,8	1,44	0,99;2,10	
Peso ao nascer (em gramas)					0,072
≥2.500	370 (95,4)	48,7	1		
<2.500	18 (4,6)	66,7	1,37	0,97;1,93	
Sexo do nascido vivo					0,411
Feminino	182 (46,9)	47,3	1		
Masculino	206 (53,1)	51,5	1,09	0,89;1,33	
Intercorrências com o nascido vivo no parto					0,635
Não	374 (96,4)	49,7	1		
Sim	14 (3,6)	42,9	0,86	0,47;1,59	

- a) Descrição da amostra: n = valor absoluto; % = frequência.
 b) AMPHV: aleitamento materno na primeira hora de vida.
 c) RP: razão de prevalência.
 d) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.
 e) Regressão de Poisson com estimador de variância robusto.
 f) p<0,01.

Tabela 4 – Análise multivariável dos fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida (n=388), Vitória da Conquista, Bahia, 2017

Bloco/variável	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RP ^a	IC _{95%} ^b	RP ^a	IC _{95%} ^b	RP ^a	IC _{95%} ^b
Bloco 1						
Escolaridade materna (em anos de estudo)						
0-4	1,00					
5-8	0,87	0,63;1,19				
9-11	0,77	0,59;1,00				
≥12	0,63	0,46;0,87 ^c				
Bloco 2						
Orientações no pré-natal sobre como colocar a criança no peito						
Não			1,00			
Sim			1,44	1,07;1,95 ^c		
Bloco 3						
Nascido vivo levado até a mãe logo após o parto						
Não					1,00	
Sim					1,41	1,04;1,92 ^c
Alojamento conjunto						
Não					1,00	
Sim					2,42	1,09;5,36 ^c
Parto realizado em Hospital Amigo da Criança						
Não					1,00	
Sim					2,43	1,72;3,43 ^c
Comparação pelo critério de Akaike		658,12		466,66		427,16

a) RP: razão de prevalência.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

c) p<0,05.

Nota:

Modelo 1: ajustado pelas variáveis sociodemográficas e maternas (bloco 1).

Modelo 2: ajustado pelas variáveis dos blocos 1 e variáveis relacionadas a atenção do pré-natal, características gestacionais e hábitos de vida maternos (bloco 2).

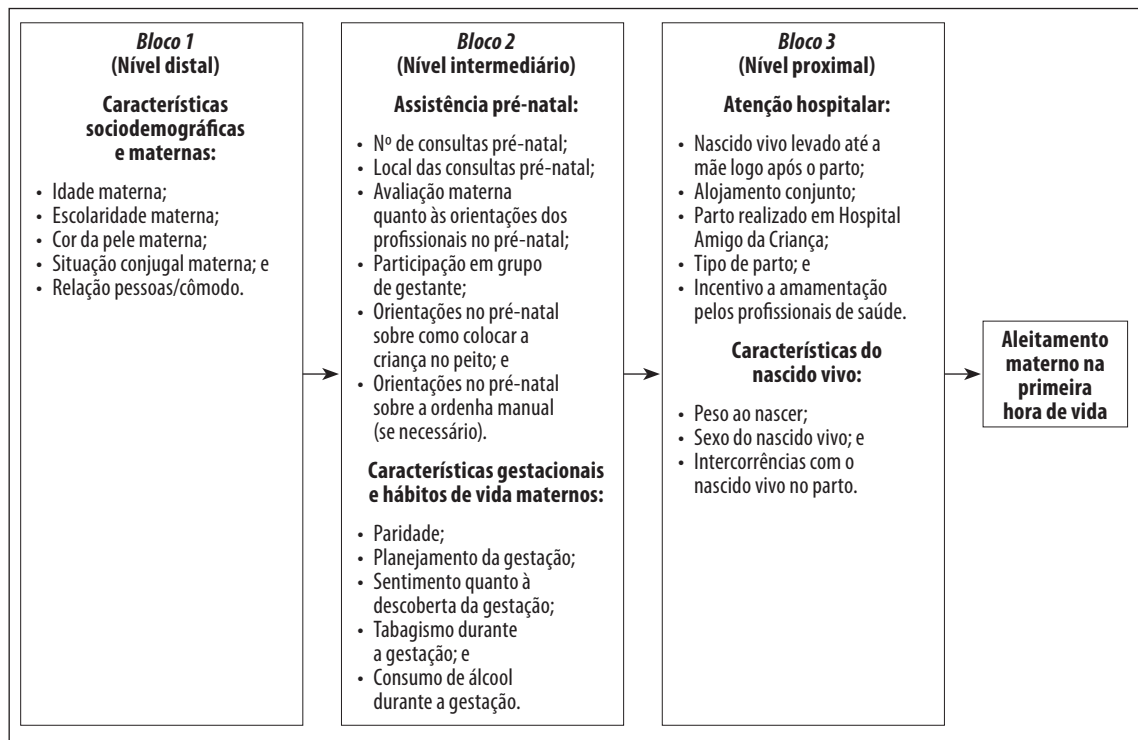
Modelo 3: ajustado pelas variáveis dos blocos 1 e 2 e variáveis relacionadas a atenção hospitalar e características do nascido vivo (bloco 3).

privado, as prevalências de AMPHV foram classificadas como ‘razoável’ (30 a 49%) e ‘ruim’ (0 a 29%), respectivamente. Sendo assim, verifica-se que as diferenças entre os programas de aleitamento materno adotados por essas instituições se refletiram em diferenças na prevalência de AMPHV.

No tocante aos determinantes do AMPHV, os resultados deste estudo mostraram que a maior escolaridade materna foi associada a menor prevalência de AMPHV, contrapondo diversos estudos internacionais que apontam a maior escolaridade materna como um fator de proteção contra o não AMPHV.¹³ Entretanto, no estudo realizado por Silveira, Albernaz e Zucchetto,²⁰ envolvendo uma amostra de 2.741 mães/nascidos vivos na

cidade de Pelotas, RS, em 2002/2003, verificou-se que, quanto maior a escolaridade materna, maior o risco relativo de não amamentar na primeira hora de vida.

É possível que a associação observada entre escolaridade materna e AMPHV seja resultado da adoção de um modelo de análise hierarquizado no presente estudo, em que os efeitos da escolaridade foram ajustados pelas variáveis do mesmo nível e não por variáveis relacionadas à atenção hospitalar, consideradas mais proximais ao desfecho. Ao se analisar a relação entre escolaridade materna e realização de parto em Hospital Amigo da Criança, observou-se uma menor frequência de parto nesse hospital entre as mães de maior escolaridade (p<0,001) (dados não apresentados). Desta forma, a



Nota: Adaptado de Boccolini et al.¹⁸

Figura 1 – Modelo conceitual hierárquico dos determinantes do aleitamento materno na primeira hora de vida

menor proporção de parto realizado em Hospital Amigo da Criança entre mães mais escolarizadas poderia explicar, ao menos em parte, a menor prevalência de AMPHV entre as mulheres com maior escolaridade.

No que diz respeito às variáveis relacionadas à assistência pré-natal, o recebimento de orientações sobre como colocar a criança no peito mostrou-se positivamente associado ao AMPHV. Durante o período em torno do nascimento da criança, as mulheres, especialmente as primíparas, demonstram-se mais inseguras, o que significa não terem, ainda, certas capacidades como conhecimento, prática e postura adequada para a realização do ato de amamentar, o que reforça a ideia de essa prática não ser instintiva e sim aprendida.²¹ O conhecimento prévio sobre como colocar a criança para amamentar pode favorecer o início precoce do aleitamento materno.

Neste trabalho, verificou-se que duas ações importantes no período pós-parto estiveram associadas com uma maior prevalência do AMPHV: o nascido vivo ter sido levado até à mãe logo após o nascimento; e o alojamento conjunto após o parto.

O fato de levar o nascido vivo até a mãe após o parto e seu impacto na prevalência de AMPHV também foi observado no estudo realizado por Boccolini et al. entre 1999 e 2001,¹⁸ com uma amostra representativa de 8.397 parturientes em maternidades do Rio de Janeiro, RJ: uma prevalência de AMPHV 38% menor entre os nascidos vivos que não foram levados à mãe tão logo nasceram.

Ressalta-se que as rotinas hospitalares são determinantes para o início do aleitamento materno e, nesse cenário, os profissionais de saúde são os protagonistas da assistência, cabendo a eles realizar ações voltadas à assistência materna que favoreçam o início oportuno da amamentação.²²

Assim como no presente estudo, a importância do alojamento conjunto para o AMPHV foi também evidenciada por Sá et al.,¹⁴ em estudo realizado com 1.027 mães e crianças menores de 1 ano de idade que compareceram à segunda etapa da campanha de vacinação contra poliomielite no Distrito Federal, no ano de 2011. Esses autores observaram uma prevalência de AMPHV 72% menor entre as mulheres que não permaneceram em alojamento conjunto com seus filhos, no pós-parto.

Estudos têm apontado a influência benéfica do alojamento conjunto no aleitamento materno, proporcionando maior segurança à mãe em relação à pega e posição correta para amamentar, além de constituir um espaço de maior interação entre as puérperas e os profissionais de saúde; estes podem utilizar o ambiente para abordar temas fundamentais no sentido da maior eficácia da amamentação.^{23,24}

O parto realizado em hospital credenciado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança – (IHAC) – foi associado a uma maior prevalência do AMPHV, corroborando resultados de estudos anteriores.^{15,20} Desde que a IHAC foi lançada em 1991, ela serviu como uma força motivadora para as maternidades em todo o mundo implementarem políticas e práticas de apoio à amamentação.¹ A IHAC tem sido responsável por melhorias significativas, tanto nas taxas de início quanto de duração da amamentação, sendo que a repercussão positiva da implantação da iniciativa tem-se confirmado por investigações conduzidas em diversos países, quaisquer que fossem os contextos culturais presentes.²⁵⁻²⁷

Existem algumas limitações nesta pesquisa, a serem consideradas. Pelo fato de o estudo não ter sido originalmente desenhado para avaliar o AMPHV, algumas informações relacionadas a essa prática, que poderiam enriquecer a análise e discussão do tema, não foram coletadas: se ocorreu a amamentação na sala de parto, que profissional levou a criança ao peito da mãe, características da pega e posição da mamada, entre outras. Ademais, não se pode descartar a possibilidade de imprecisão e potencial erro de classificação na informação sobre o tempo decorrido até a primeira mamada, uma vez que este dado foi estimado pelas mães. Contudo, esse problema foi minimizado pela realização das entrevistas nas maternidades, até as primeiras 24 horas após o parto.

O delineamento longitudinal da pesquisa, da qual se originou este relato, possibilita a realização de

estudos posteriores para avaliar o impacto do AMPHV em outros desfechos de saúde materno-infantil de importância para a Saúde Pública, colaborando com o avanço da literatura científica sobre o tema.

A prevalência de amamentação na primeira hora de vida, no município de Vitória da Conquista, BA, foi classificada como ‘boa’, conforme definições da OMS, e o AMPHV foi associado a fatores maternos, à assistência pré-natal e à atenção hospitalar.

Em conclusão, tais evidências sugerem que a prevalência de AMPHV é influenciada pelas políticas institucionais, bem como pelas condutas adotadas pelos profissionais de saúde no período pré-natal e no pós-parto. A implementação de uma assistência pré-natal e de rotinas hospitalares que favoreçam o início precoce do aleitamento materno revelam-se fundamentais, na medida em que podem impactar diretamente sobre esse desfecho. Da mesma forma, ressalta-se a necessidade de ampliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, haja vista o quão fortemente as práticas adotadas pelas instituições credenciadas a essa iniciativa contribuem para a promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida.

Contribuição das autoras

Sousa PKS, Novaes TG e Gomes AT contribuíram na análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Magalhães EIS contribuiu na concepção e planejamento do estudo e redação do manuscrito. Bezerra VM, Netto MP e Rocha DS contribuíram na concepção e delineamento do estudo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e declaram-se responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative [Internet]. Geneva: WHO/ UNICEF; 2018 [cited 2020 Mar 9]. 47 p. Available from: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>
2. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast- feed. *Lancet* [Internet]. 1990 Nov [cited 2020 Mar 9];336(8723):1105-7. Available from: [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)92579-7](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)92579-7)
3. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method forenabling early self-regulation. *Acta Paediatr* [Internet]. 2011 Jan

- [cited 2020 Mar 9];100(1):79-85. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x>
4. Lopes FO, Oliveira MIC, Brito AS, Fonseca VM. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no Município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 fev [citado 2020 mar 9];18(2):431-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200014>
 5. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth* [Internet]. 2007 Sep [cited 2020 Mar 6];34(3):202-11. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00172.x>
 6. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity – a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Mar 6];19(3):468-79. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1526-8>
 7. Chirico G, Marzollo R, Cortinovis S, Fonte C, Gasparoni A. Antiinfective properties of human milk. *J Nutr* [Internet]. 2008 Sep [cited 2020 Mar 6];138(9):1801S-6S. Available from: <https://doi.org/10.1093/jn/138.9.1801S>
 8. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 May [cited 2020 Mar 6];CD003519. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>
 9. Galvão DMPG. Promoção da amamentação na primeira hora após o parto. *Rev Nursing*. 2009;242:07-12.
 10. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 6];387(10017):475-90. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
 11. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2020 mar 6]. 300 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
 12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2020 mar 6]. 108 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
 13. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CADF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 ago [cited 2020 mar 6];48(4):697-708. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005278>
 14. Bandeira de Sá NN, Gubert MB, Santos WD, Santos LMP. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 set [cited 2020 mar 6];19(3):509-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030004>
 15. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 nov [cited 2020 mar 6];31(11):2390-400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123114>
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019 [cited 2019 out 24]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>
 17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2020 mar 6]. 63 p. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pamuni.pdf>
 18. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 nov [cited 2020 mar 6];45(1):69-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000051>
 19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2020 mar 6]. 181 p. (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
 20. Silveira RB, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2008 mar [cited 2020 mar 6];8(1):35-

43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000100005>
21. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano MAS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 dez [citado 2020 mar 6];19(4):427-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000400010>
22. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 jun [citado 2020 mar 6];25(2):281-90. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000200007>
23. Beck AMO, Assunção KO, Barbosa LR, Gomes E. Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* [Internet]. 2012 dez [citado 2020 mar 6];17(4):464-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000400017>
24. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LLD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 jun [citado 2020 mar 6];18(2):257-61. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140037>
25. Caldeira AP, Gonçalves E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr* [Internet]. 2007 Mar-Apr [cited 2020 Mar 6];83(2):127-32. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572007000200006>
26. Labbok MH. Global Baby-Friendly Hospital Initiative monitoring data: update and discussion. *Breastfeed Med* [Internet]. 2012 Aug [cited 2020 Mar 6];7(4):210-22. Available from: <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0066>
27. Hawkins SS, Stern AD, Baum CF, Gillman MW. Compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative and impact on breastfeeding rates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 2014 Mar [cited 2020 Mar 6];99(2):138-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-304842>

Abstract

Objective: to analyze prevalence and factors associated with maternal breastfeeding in the first hour of life (MBFFHL) in full-term live births in Vitória da Conquista, BA, Brazil. **Methods:** this was a cohort-nested cross-sectional study; data were collected between February and August 2017 using a questionnaire answered by mothers as well as medical records; hierarchical multivariable analysis with Poisson regression was used. **Results:** the study included 388 mother-liveborn baby pairs; MBFFHL prevalence was 49.5%; outcome was associated with maternal education ≥ 12 years (PR=0.63 – 95%CI 0.46;0.87), prenatal guidance on child holding and positioning (PR=1.44 – 95%CI 1.07;1.95), liveborn baby taken to its mother soon after delivery (PR=1.41 – 95%CI 1.04;1.92), mother and baby kept together in the same room (PR=2.42 – 95%CI 1.09;5.36), and delivery at a Baby-Friendly Hospital (PR=2.43 – 95%CI 1.72;3.43). **Conclusion:** MBFFHL was associated with maternal factors, prenatal care and hospital care.

Keywords: Breast Feeding; Cross-Sectional Studies; Prenatal Care; Hospitals, Maternity; Hospital Care; Postpartum Period.

Resumen

Objetivo: analizar la prevalencia y factores asociados a la lactancia materna en la primera hora de vida (LMPHV) en nacidos vivos a término en Vitória da Conquista, BA, Brasil. **Métodos:** estudio transversal anidado en una cohorte; los datos fueron recolectados por un cuestionario aplicado a las madres y en historial médico, entre febrero y agosto de 2017; se utilizó análisis multivariante jerárquico con regresión de Poisson. **Resultados:** se incluyeron 388 pares madre-nacido vivo; la prevalencia de LMPHV fue de 49,5%; educación materna ≥ 12 años (RP=0,63 – IC95%0,46;0,87), orientación prenatal sobre agarre y posicionamiento del niño (RP=1,44 – IC95%1,07;1,95), llevar al nacido vivo a la madre inmediatamente después del parto (RP=1,41 – IC95%1,04;1,92), alojamiento conjunto (RP=2,42 – IC95%1,09;5,36) y parto en el Hospital Amigo del Niño (RP=2,43 – IC95%1,72;3,43). **Conclusión:** La LMPHV se asoció con factores maternos, atención prenatal y atención hospitalaria.

Palabras clave: Lactancia Materna; Estudios Transversales; Atención Prenatal; Maternidades; Atención Hospitalaria; Periodo Posparto.

Recebido em 25/10/2019

Aprovado em 18/02/2020

Editora associada: Doroteia Aparecida Höfelmann - orcid.org/0000-0003-1046-3319