

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA: ESTUDO TRANSVERSAL

Vera Alice Oliveira Viana¹ 
Lucélia da Cunha Castro¹ 
Andréa Cronemberger Rufino^{1,2} 
Alberto Pereira Madeiro^{1,2} 

¹Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade. Teresina, Piauí, Brasil.

²Universidade Estadual do Piauí, Centro de Ciências da Saúde. Teresina, Piauí, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência e fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.

Métodos: Estudo transversal com puérperas de maternidades públicas de Teresina, Piauí, Brasil, entre 2020-2021. Foram avaliados dados sociodemográficos e comportamentais da mulher e do parceiro íntimo, características obstétricas, além da violência por parceiro íntimo na gravidez. Realizou-se análise hierarquizada por regressão logística múltipla, com cálculo de *odds ratio* ajustada (OR_{aj}) e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Resultados: Foram entrevistadas 413 mulheres. Houve prevalência de amamentação na primeira hora de vida de 66,8%. A presença de acompanhante ($OR_{aj}=1,66$; IC95% 1,34-2,29), o contato com pele a pele com o recém-nascido ($OR_{aj}=2,14$; IC95% 1,04-4,38) e ter parto normal ($OR_{aj}=2,06$; IC95% 1,90-4,73) aumentaram as chances de amamentação na primeira hora. Ausência de parceria ($OR_{aj}=0,47$; IC95% 0,25-0,86) e parceria com pele não branca ($OR_{aj}=0,45$; IC95% 0,24-0,83) diminuíram as chances de amamentar.

Conclusões: A prevalência da amamentação na primeira hora de vida foi considerada boa. Fatores obstétricos e de assistência ao parto contribuíram positivamente para o aleitamento materno. Os dados reforçam a importância de ofertar assistência de qualidade no processo de parturição.

DESCRITORES: Aleitamento materno. Período pós-parto. Saúde materno-infantil. Maternidades. Estudos transversais.

COMO CITAR: Viana VAO, Castro LC, Rufino AC, Madeiro AP. Prevalência e fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: estudo transversal. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2024 [acesso MÊS ANO DIA]; 33:e20230181. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0181pt>

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH BREASTFEEDING IN THE FIRST HOUR OF LIFE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence and factors associated with breastfeeding in the first hour of life.

Methods: Cross-sectional study made with postpartum women who were patients at public maternity hospitals in the city of Teresina, Piauí, Brazil, between 2020-2021. Aspects such as sociodemographic and behavioral data of the woman and her intimate partner, obstetric characteristics, in addition to intimate partner violence during pregnancy were evaluated. A hierarchical analysis was performed using multiple logistic regression, in which the adjusted *odds ratio* (AOR) and 95% confidence intervals (CI95%) were calculated.

Results: 413 women were interviewed. There was a 66.8% prevalence of breastfeeding in the first hour of life. Factors such as the presence of a companion (AOR=1.66; CI95% 1.34-2.29), skin-to-skin contact with the newborn (AOR=2.14; CI95% 1.04-4.38) and experiencing a natural birth (AOR=2.06; CI95% 1.90-4.73) increased the chances of breastfeeding in the first hour. The lack of a partner (AOR=0.47; CI95% 0.25-0.86) and having a non-white partner (AOR=0.45; CI95% 0.24-0.83) were factors that decreased the chances of breastfeeding.

Conclusions: The prevalence of breastfeeding in the first hour of life was considered good. Obstetric and childbirth care factors contributed positively to the practice of breastfeeding. The collected data reinforce the importance of offering quality assistance during the parturition process.

DESCRIPTORS: Breastfeeding. Postpartum period. Maternal-child health. Maternity hospitals. Cross-sectional studies.

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA: ESTUDIO TRANSVERSAL

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia y los factores asociados a la lactancia materna en la primera hora de vida.

Método: Estudio transversal con puérperas de maternidades públicas de Teresina, Piauí, Brasil, entre 2020 y 2021. Se evaluaron datos sociodemográficos y conductuales de la mujer y su pareja, características obstétricas, además de la violencia de pareja durante el embarazo. El análisis jerárquico se realizó mediante regresión logística múltiple, con cálculo de *odds ratio* ajustado (OR_{aj}) e intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: se entrevistó a 413 mujeres. Hubo una prevalencia de lactancia materna en la primera hora de vida del 66,8%. La presencia de acompañante ($OR_{aj}=1,66$; IC95% 1,34-2,29), el contacto piel con piel con el recién nacido ($OR_{aj}=2,14$; IC95% 1,04-4,38) y haber tenido un parto natural ($OR_{aj}=2,06$; IC95% 1,90-4,73) aumentaron las posibilidades de amamantamiento en la primera hora. La falta de pareja ($OR_{aj}=0,47$; IC95% 0,25-0,86) y la pareja con piel no blanca ($OR_{aj}=0,45$; IC95% 0,24-0,83) disminuyeron las posibilidades de lactancia materna.

Conclusiones: La prevalencia de lactancia materna en la primera hora de vida se consideró buena. Los factores relacionados con la atención obstétrica y con el parto contribuyeron positivamente a la lactancia materna. Los datos refuerzan la importancia de ofrecer una asistencia de calidad durante el proceso de parto.

DESCRIPTORES: Lactancia materna. Período posparto. Salud maternoinfantil. Hospitales de maternidad. Estudios transversales.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma importante questão de saúde pública. Embora relevante para todas as crianças e famílias, independentemente do nível socioeconômico, em países de média e baixa renda há proteção significativa contra infecções infantis, má oclusão e possíveis efeitos benéficos sobre o sobrepeso e diabetes tipo 2 a longo prazo¹. A Organização Mundial da Saúde recomenda que a amamentação seja iniciada em até uma hora após o nascimento e mantida, de forma exclusiva, durante os primeiros seis meses para atingir crescimento, desenvolvimento e saúde ideais². Há estimativa que a não amamentação cause cerca de 595.000 mortes anuais de crianças (entre 6 meses e 5 anos) por diarreia e pneumonia e, entre as mulheres, cerca de 98.000 mortes por câncer de mama e de ovário³.

Globalmente, porém, apenas 40% das crianças com menos de seis meses de idade são amamentadas exclusivamente com leite materno. Nas Américas, 38% delas são alimentadas de forma exclusiva com leite materno até os seis meses e somente 32% até os 24 meses⁴. Dados brasileiros evidenciam que a prevalência do aleitamento materno exclusivo até 6 meses apresentou aumento de 34,2% entre 1986 e 2006, porém com estabilização após⁵. Em uma coorte de 1982-2015 em Pelotas, Rio Grande do Sul, a prevalência de amamentação aos 12 meses aumentou de 16% para 41%, com maior propensão para amamentar entre as mulheres negras e entre as mais pobres, mas em 2015 essa diferença havia desaparecido⁶.

O início oportuno da amamentação tem sido considerado um dos pontos centrais para práticas alimentares infantis adequadas. Há consenso que o contato direto do recém-nascido (RN) com a mãe, logo após o parto, dentro da primeira hora após o nascimento, aumenta as chances de uma continuação bem-sucedida da amamentação, sendo considerado marcador confiável para o êxito do aleitamento materno e para a redução de mortes neonatais precoces². Vários fatores maternos e neonatais, além de práticas institucionais das maternidades e dos profissionais responsáveis pelo parto, podem determinar menor prevalência da amamentação na primeira hora de vida^{2,7}. Entre os principais obstáculos estão a cesariana, a prematuridade, a baixa escolaridade e a menor idade maternas, além da ausência de consultas e falta de orientação sobre amamentação no pré-natal^{7,8}.

Experiências traumáticas, como a violência por parceiro íntimo, também podem ser barreiras no início e na manutenção da amamentação, uma vez que a rede de apoio da mulher é fator significativo^{2,7}. Além de prejudicar a saúde física e mental das mulheres, a violência por parceiro íntimo durante a gravidez aumenta a probabilidade de complicações para a própria gestação e para o feto, como aborto espontâneo e induzido, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer, sintomas depressivos pós-natais e atraso no início da amamentação⁹. As mulheres que vivenciaram violência do parceiro no ano anterior, ou durante a gravidez, apresentaram menos chance de iniciar e de manter a amamentação¹⁰, com impacto mais significativo quando a agressão é grave e recente^{11,12}.

Sabe-se que a prevalência da amamentação na primeira hora de vida pode variar entre os cenários socioculturais, ocasionando diferenças entre os países⁴. Além disso, as crenças populares sobre amamentação e a qualidade do pré-natal também podem interferir sobre o aleitamento materno². Informações sobre os fatores associados ao início e à duração da amamentação podem possibilitar estratégias mais específicas. Apesar de amplamente discutida, ainda há escassez de dados nacionais sobre a amamentação na primeira hora, como, por exemplo, sua associação com violência por parceiro íntimo durante a gravidez.

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência e fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, com puérperas de Teresina, Piauí, Brasil, baseado nas diretrizes *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE)¹³.

As cinco maternidades públicas localizadas no município de Teresina foram selecionadas, todas credenciadas na Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Foram incluídas as mulheres que tiveram internação por motivo de nascimento dos seus filhos nas maternidades definidas. Houve exclusão daquelas que apresentaram algum impedimento para amamentação precoce, como sorologia positiva para HIV registrada no prontuário, internação da mulher em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), câncer de mama em tratamento ou distúrbios de comportamento severos, além de puérperas cujos RN foram admitidos na UTI neonatal e/ou com óbitos fetais ou neonatais.

Utilizou-se amostragem não probabilística do tipo consecutiva, tendo o tamanho amostral sido calculado com base no número total de mulheres com partos de nascidos vivos, em 2018, nas maternidades selecionadas (n=15.622) e na proporção esperada de amamentação na primeira hora de vida de 50%¹⁴, uma vez que não há dados sobre a população de Teresina. Tendo nível de confiança de 95%, erro de 5%, poder de 80% e acréscimo de 10% para perdas, houve estimativa de 413 mulheres para a entrevista, estratificada de acordo com o peso de cada maternidade em relação à proporção de nascimentos (percentual de partos/participantes: maternidade 1 – 53,0%/219; maternidade 2 – 14,3%/59; maternidade 3 – 11,6%/48; maternidade 4 – 10,9%/45; maternidade 5 – 10,2%/42).

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2020 e março de 2021 (quando se alcançou o tamanho amostral), sendo conduzida por pesquisadora treinada. Realizou-se a seleção das puérperas com base na lista de internações das últimas 48 horas fornecida pelas instituições. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, todas as puérperas elegíveis foram convidadas a participar. Dois instrumentos foram aplicados em entrevistas face-a-face, em ambiente reservado no alojamento conjunto ou em sala privada (quando disponibilizada), durante dias consecutivos e no turno vespertino, pelo menos seis horas após o parto. O primeiro instrumento foi constituído por formulário com perguntas fechadas sobre aspectos sociodemográficos (faixa etária; cor da pele; escolaridade; ocupação profissional; renda própria; situação conjugal) e comportamentais (na gestação: uso de álcool; uso de tabaco; uso de drogas ilícitas) da mulher e do parceiro íntimo (faixa etária; cor da pele; escolaridade; ocupação profissional; provedor da família; uso de álcool; uso de tabaco; uso de drogas ilícitas), características obstétricas (número de gestações; número de partos; número de abortos; gravidez planejada; sentimento em relação à gestação não planejada; número de consultas pré-natais; orientação sobre amamentação no pré-natal; orientação sobre atividade física no pré-natal; via de nascimento; acompanhante durante o parto; contato pele a pele com o RN; idade gestacional; peso do RN; sexo do RN; Apgar no 5º minuto; amamentação na primeira hora de vida) e histórico de violência (física; psicológica; sexual; agressão materna presenciada). A idade gestacional, o peso do RN e o Apgar no 5º minuto foram consultados no prontuário.

O segundo instrumento investigou a violência por parceiro íntimo durante a gravidez, utilizando o *World Health Organization Violence Against Women*, adaptado para aplicação em diferentes contextos culturais e já validado no Brasil^{12,15}. É composto por 13 itens, com 04 perguntas sobre violência psicológica, 06 sobre violência física e 03 sobre violência sexual. Foram considerados casos de violência as entrevistadas que afirmaram ter sofrido pelo menos um tipo de agressão (física e/ou sexual e/ou psicológica) cometida pelo parceiro durante a gravidez.

Realizou-se análise bivariada com emprego do teste do qui-quadrado de Pearson/teste exato de Fisher, avaliando a associação entre amamentação na primeira hora de vida e cada variável independente, com cálculo de *odds ratio* bruta (OR_{br}) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para a análise multivariada, as variáveis independentes foram hierarquizadas, de acordo

com em estudos prévios^{2,8,10,12,14}. Dessa maneira, foram considerados determinantes proximais as variáveis obstétricas. Como determinantes intermediários foram definidos a violência por parceiro íntimo durante a gravidez, o histórico de violência e as características comportamentais da mulher e parceiro íntimo. Como distais, as variáveis sociodemográficas da mulher e do parceiro (Figura 1). A análise hierarquizada seguiu a direção distal-proximal. Como critério de inclusão das variáveis no modelo considerou-se $p \leq 0,20$ na análise bivariada. Foram estimados *odds ratio* ajustada (OR_{aj}), com IC95%, por regressão logística múltipla. Inicialmente, foram incluídas somente as variáveis do nível distal, permanecendo aquelas que apresentaram valor de $p \leq 0,05$ (modelo 1). Em seguida, foram incluídas as do nível intermediário, permanecendo as desse nível que apresentaram valor de $p \leq 0,05$ e ajustadas para o nível anterior (modelo 2). No modelo final (modelo 3), as variáveis do nível proximal foram incluídas, ajustadas por aquelas do nível anterior, sendo consideradas associadas ao desfecho aquelas com $p < 0,05$. Os dados faltantes (*missing data*) das variáveis foram excluídos das análises bi e multivariada.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com cumprimento das diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

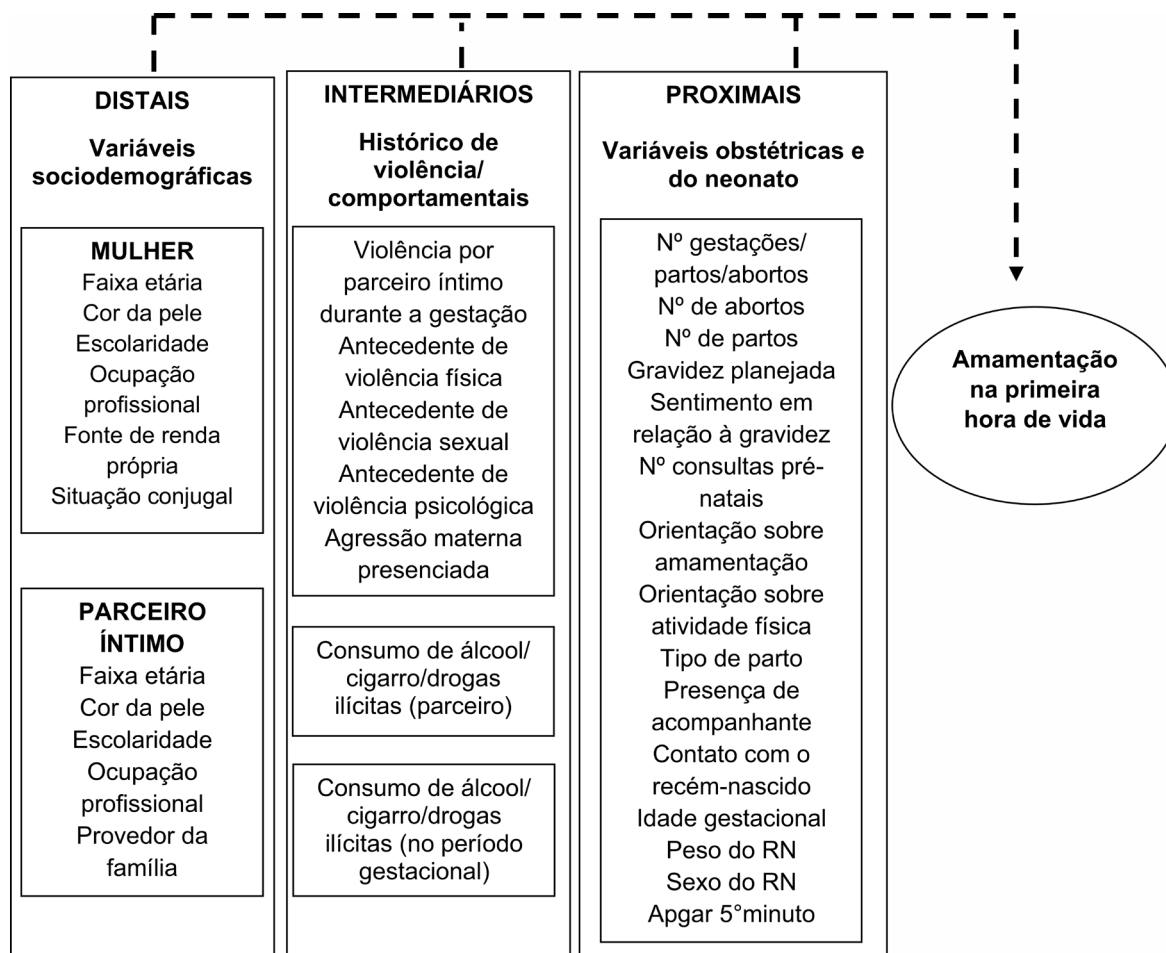


Figura 1 – Modelo hierarquizado dos determinantes da amamentação na primeira hora de vida.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 413 puérperas, tendo ocorrido 12 recusas e 05 exclusões (por internação da mulher e do RN na UTI e por óbito neonatal). A idade média das participantes foi de 27,1 anos ($\pm 6,5$ anos). A Tabela 1 evidencia que houve maior frequência de mulheres entre 20-29 anos (49,9%),

com cor não branca (90,6%), com 9 a 11 anos de estudo (62,7%), sem ocupação (81,8%), sem renda própria (81,8%) e com parceiro íntimo (86,0%). A maior parte delas relatou não ter ingerido bebidas alcólicas (93,9%), não usar tabaco (97,8%) e não ter consumido drogas ilícitas (99,5%) durante a gestação. Na análise bivariada, evidenciou-se que mulheres sem parceria apresentaram menor chance ($OR_{br}=0,47$; IC95% 0,27-0,83) de amamentar na primeira hora de vida.

Tabela 1 – Associação de variáveis sociodemográficas e comportamentais da mulher e do parceiro íntimo com a amamentação na primeira hora de vida – Teresina, Piauí, 2020-2021. (n=413)

Variáveis	Todas		Amamentação na primeira hora SIM		OR _{br} *	IC95%†	P
	n	%	n	%			
Mulher							
Faixa etária (anos)							
10-19	72	17,4	52	72,2	1		
20-29	206	49,9	141	68,4	0,83	0,46-1,51	0,446‡
30-39	124	30,0	76	61,3	0,61	0,32-1,14	
≥40	11	2,7	7	63,6	0,67	0,18-2,55	
Cor da pele							
Branca	39	9,4	26	66,7	1	–	0,982‡
Não branca	374	90,6	250	66,8	1,01	0,50-2,03	
Escolaridade (anos de estudo)							
0-4	13	3,1	11	84,6	2,32	0,48-11,12	0,406‡
5-8	101	24,5	71	70,3	1	–	
9-11	259	62,7	169	65,3	0,79	0,48-1,31	
≥12	40	9,7	25	62,5	0,70	0,33-1,52	
Ocupação							
Com ocupação	75	18,2	51	68,0	1,07	0,62-1,82	0,812§
Sem ocupação	338	81,8	225	66,6	1	–	
Renda							
Sim	75	18,2	51	68,0	1,07	0,62-1,82	0,812§
Não	338	81,8	225	66,6	1	–	
Situação conjugal							
Com parceria	355	86,0	246	69,3	1	–	0,008§
Sem parceria	58	14,0	30	51,7	0,47	0,27-0,83	
Uso de álcool							
Sim	25	6,1	19	76,0	1,61	0,63-4,14	0,315§
Não	388	93,9	257	66,2	1	–	
Uso de tabaco							
Sim	9	2,2	7	77,8	1,76	0,36-8,57	0,724§
Não	404	97,8	169	66,6	1	–	
Uso de drogas ilícitas							
Sim	2	0,5	2	100,0	–	–	–
Não	411	99,5	274	66,7	–	–	–

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	Todas		Amamentação na primeira hora SIM		OR _{br} *	IC95% [†]	P
	n	%	n	%			
Parceiro Íntimo							
Faixa etária (anos) (n=406)							
15-19	19	4,6	15	78,9	1	–	0,266 [§]
20-29	188	45,5	128	68,1	0,57	0,18-1,79	
30-39	146	35,4	99	67,8	0,56	0,18-1,78	
≥40	53	12,8	30	56,6	0,35	0,10-1,19	
Cor da pele (n=409)							
Branca	82	19,9	66	80,5	1	–	0,003 [§]
Não branca	327	79,1	207	63,3	0,42	0,23-0,76	
Escolaridade (anos de estudo) (n=355)							
0-4	23	5,6	13	56,5	1	–	0,511 [§]
5-8	98	23,7	67	68,4	1,66	0,66-4,21	
9-11	207	50,1	146	70,5	1,84	0,77-4,42	
≥12	27	6,5	17	63,0	1,31	0,42-4,07	
Ocupação (n=411)							
Com ocupação	335	81,1	224	66,9	0,99	0,58-1,68	0,968 [§]
Sem ocupação	76	18,4	51	67,1	1	–	
Provedor da família (n=411)							
Sim	281	68,0	189	67,3	1,05	0,67-1,63	0,825 [§]
Não	130	31,5	86	66,2	1	–	
Uso de álcool (n=411)							
Sim	239	57,9	156	65,3	0,84	0,55-1,27	0,405 [§]
Não	172	41,6	119	69,2	1	–	
Uso de tabaco (n=411)							
Sim	61	14,8	47	77,0	1,80	0,95-3,39	0,068 [§]
Não	350	84,7	228	65,1	1	–	
Uso de drogas ilícitas (n=407)							
Sim	18	4,4	14	77,8	1,80	0,58-5,57	0,303 [§]
Não	389	94,2	257	66,1	1	–	

*OR_{br}: odds ratio bruto; [†]IC95%: intervalo de confiança de 95%; [‡] Teste exato de Fisher;

[§] Teste do qui-quadrado de Pearson; ^{||} Amostra com exclusão dos dados faltantes.

Segundo os relatos das mulheres, os parceiros íntimos tinham idade média de 30,3 anos ($\pm 7,7$ anos). Além disso, eles eram da cor não branca (79,1%), com até 11 anos de estudo (50,1%), possuíam alguma ocupação (81,1%) e eram provedores das suas famílias (68,0%). Mais da metade consumia bebida alcoólica (57,9%) e a maioria não fazia uso de tabaco (84,7%) e tampouco utilizava drogas ilícitas (94,2%). Mulheres que declararam ter parceiros de cor não branca mostraram menor chance (OR_{br}=0,42; IC95% 0,23-0,76) de amamentar na primeira hora (Tabela 1).

A maior parte das entrevistadas informou ter amamentado na primeira hora após o parto (66,8%). Observou-se que a maioria relatou ter tido mais de uma gestação (62,7%), dois ou mais partos (58,6%) e sem aborto prévio (81,4%). Entre aquelas que não planejaram a gestação (65,1%), foi mais frequente o desejo da gravidez (60,0%). Houve predomínio de seis ou mais consultas pré-

natais (79,7%), sem ter recebido orientações sobre amamentação (63,4%) e tampouco orientações sobre atividade física (55,9%). Pouco mais da metade não teve acompanhante durante o parto (56,9%) e nem contato pele a pele com o RN (53,0%). A maioria foi submetida à cesariana (61,7%), tinha idade gestacional entre 37-40 semanas (63,7%), peso do RN entre 2501-4000 gramas (85,0%) e Apgar no 5º minuto maior ou igual a 7 (99,3%). A presença de acompanhante durante o trabalho de parto ($OR_{br}=1,99$; IC95% 1,30-3,06), o contato pele a pele ($OR_{br}=2,91$; IC95% 1,88-4,50) e o parto normal ($OR_{br}=3,08$; IC95% 1,93-4,93) aumentaram as chances de amamentação na primeira hora de vida (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação de variáveis obstétricas com a amamentação na primeira hora de vida – Teresina, Piauí, 2020-2021. (n=413)

Variáveis	Todas		Amamentação na primeira hora SIM		OR_{br}^*	IC95% [†]	P
	n	%	n	%			
Número de gestações							
1	154	37,3	101	65,6	1	–	0,679 [‡]
>1	259	62,7	71	67,6	1,09	0,72-1,67	
Número de abortos							
0	336	81,4	225	67,0	0,96	0,54-1,72	0,897 [§]
1	62	15,0	42	67,7	1	–	
2	13	3,1	8	61,5	0,76	0,22-2,63	
3	2	0,5	1	50,0	0,48	0,03-8,01	
Número de partos							
1	171	41,4	113	66,1	1,39	0,67-2,90	0,563 [‡]
2	116	28,1	80	69,0	1,59	0,74-3,43	
3	74	17,9	49	66,2	1,40	0,62-3,17	
4	36	8,7	21	58,3	1	–	
≥5	16	3,9	13	81,3	3,09	0,75-12,80	
Gravidez planejada							
Sim	144	34,9	94	65,3	0,90	0,58-1,38	0,624 [‡]
Não	269	65,1	182	67,7	1	–	
Sentimento em relação à gravidez não planejada (n=269)							
Indesejada	21	7,8	14	66,7	1	–	0,919 [‡]
Desejada	248	92,2	168	67,7	1,05	0,41-2,70	
Número de consultas pré-natais							
Nenhuma	2	0,5	–	–			0,861 [‡]
<6	82	19,9	54	65,9	1	–	
>6	329	79,7	220	66,9	1,05	0,63-1,74	
Orientação sobre amamentação							
Sim	150	36,3	94	62,7	0,75	0,49-1,15	0,183 [‡]
Não	263	63,7	181	69,1	1	–	
Orientação sobre atividade física							
Sim	231	55,9	149	64,5	0,79	0,52-1,20	0,274 [‡]
Não	182	44,1	126	69,6	1	–	

Tabela 2 – Cont.

Variáveis	Todas		Amamentação na primeira hora SIM		OR _{br} [*]	IC95% [†]	P
	n	%	n	%			
Acompanhante durante trabalho de parto							
Sim	178	43,1	134	75,3	1,99	1,30-3,06	0,001 [‡]
Não	235	56,9	142	60,4	1	–	
Contato pele a pele com o recém-nascido							
Sim	194	47,0	153	78,9	2,91	1,88-4,50	0,001 [‡]
Não	219	53,0	123	56,2	1	–	
Via de nascimento							
Normal	158	38,3	128	81,0	3,08	1,93-4,93	0,001 [‡]
Cesariana	255	61,7	148	58,0	1	–	
Idade gestacional (semanas)							
<37	37	9,0	21	56,8	1	–	0,374 [‡]
37-40	263	63,7	177	67,3	1,57	0,78-3,16	
>40	113	27,4	78	69,0	1,70	0,79-3,64	
Peso ao nascer (gramas)							
<2000	–	–	–	–	–	–	0,342 [‡]
2000-2500	35	8,5	20	57,1	1	–	
2501-4000	351	85,0	236	67,2	1,54	0,76-3,12	
>4000	27	6,5	20	74,1	2,14	0,72-6,38	
Sexo do recém-nascido							
Masculino	203	49,2	131	64,5	0,82	0,541-1,23	0,330 [‡]
Feminino	210	50,8	145	69,0	1	–	
Apgar 5º minuto							
<7	3	0,7	–	–	–	–	–
≥7	410	99,3	276	67,3	–	–	–
Amamentação na primeira hora de vida							
Sim	276	66,8	–	–	–	–	–
Não	137	33,2	–	–	–	–	–

*OR_{br}: odds ratio bruto; †IC95%: intervalo de confiança de 95%; ‡Teste do qui-quadrado de Pearson; §Teste exato de Fisher.

A Tabela 3 evidencia que 3,6% das entrevistadas declararam violência por parceiro íntimo durante a gravidez, com relato de violência física (1,5%) e psicológica (3,6%). Não houve informação de violência sexual. Anteriormente à gestação, a maioria relatou não ter sofrido violência física (93,0%), psicológica (89,3%) e sexual (99,3%). Cerca de um quarto (25,2%) das mulheres relatou algum tipo de violência em algum momento da vida. Não houve associação significativa entre violência por parceiro íntimo durante a gravidez e amamentação na primeira hora de vida.

Tabela 3 – Associação da violência por parceiro íntimo durante a gravidez e do histórico de violência com a amamentação na primeira hora – Teresina, Piauí, 2020-2021. (n=413)

Variáveis	Todos		Amamentação na primeira hora SIM		OR _{br} *	IC95%†	p
	N	%	n	%			
Violência física durante a gestação							
Sim	6	1,5	4	66,7	0,99	0,18-5,49	1,000‡
Não	407	98,5	272	66,8	1	–	
Violência psicológica durante a gestação							
Sim	15	3,6	11	73,3	1,38	0,43-4,42	0,782§
Não	398	96,4	265	66,6	1		
Violência sexual durante a gestação							
Sim	–	–	–	–	–	–	–
Não	413	100,0	276	66,8	–	–	
Qualquer tipo de violência durante a gestação							
Sim	15	3,6	11	68,8	1,09	0,37-3,22	0,868‡
Não	398	96,4	265	66,8	1	–	
Violência física em algum momento da vida							
Sim	29	7,0	23	79,3	1,99	0,79-4,99	0,139‡
Não	384	93,0	253	65,9	1	–	
Violência sexual em algum momento da vida							
Sim	3	0,7	3	100,0	–	–	–
Não	410	99,3	273	66,6	–	–	
Violência psicológica em algum momento da vida							
Sim	44	10,7	33	75,0	1,56	0,76-3,18	0,223‡
Não	369	89,3	243	65,9	1	–	
Qualquer tipo de violência em algum momento da vida							
Sim	104	25,2	73	70,2	1,23	0,76-1,99	0,400‡
Não	309	74,8	203	65,7	1	–	

*OR_{br}: odds ratio bruto; †IC95%: intervalo de confiança de 95%; ‡ Teste do qui-quadrado de Pearson; § Teste exato de Fisher.

No modelo 1, as variáveis situação conjugal e raça/cor da pele do parceiro foram associadas ao desfecho. No modelo 2, após ajustes, as mesmas variáveis permaneceram significativas. No modelo 3, mulheres com acompanhante no trabalho de parto (OR_{aj}=1,66; IC95% 1,34-2,29), com partos normais (OR_{aj}=2,06; IC95% 1,90-4,73) e com contato pele a pele com o RN (OR_{aj}=2,14; IC95% 1,04-4,38) apresentaram maior chance de amamentação na primeira hora de vida. Já entre aquelas sem parceiros (OR_{aj}=0,47; IC95% 0,25-0,86) e cujos parceiros eram de pele não branca (OR_{aj}=0,45; IC95% 0,24-0,83) houve menor chance de amamentar (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise hierarquizada dos fatores associados à amamentação na primeira hora de vida – Teresina, Piauí, 2020-2021. (n=413)

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	OR _{aj} [*]	IC95% [†]	OR _{aj} [*]	IC95% [†]	OR _{aj} [*]	IC95% [†]
Situação conjugal						
Com parceria	1					
Sem parceria	0,50	0,28-0,89 [‡]				
Cor da pele (parceiro)						
Branca	1					
Não branca	0,43	0,24-0,78 [‡]				
Uso de tabaco						
Sim	1,79	0,94-3,42				
Não	1					
Violência física em algum momento da vida						
Sim			1,93	0,75-4,99		
Não			1			
Orientação sobre amamentação						
Sim					0,73	0,46-1,15
Não					1	
Acompanhante durante o parto						
Sim					1,66	1,34-2,29 [‡]
Não					1	
Contato pele a pele com o recém-nascido						
Sim					2,14	1,04 – 4,38 [‡]
Não					1	
Via de nascimento						
Normal					2,06	1,90-4,73 [‡]
Cesariana					1	

*OR_{aj}: odds ratio ajustado; †IC95%: intervalo de confiança de 95%; ‡p<0,05.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que mais da metade das mulheres relataram ter amamentado na primeira hora de vida. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, que classifica a prevalência da amamentação na primeira hora de vida em muito ruim (0-29%), ruim (30-49%), boa (50-89%) e muito boa (90-100%)², a prevalência foi considerada boa nesta pesquisa. Fatores como presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto normal e experienciar contato pele a pele com o RN aumentaram as chances de amamentação na primeira hora. Por outro lado, mulheres sem parceria e aquelas cujos parceiros eram de pele não branca apresentaram menor chance de amamentar. A compreensão desses fatores que influenciam o início precoce da amamentação é importante para contribuir com o melhor manejo dessa prática, uma vez que se sabe que a amamentação na primeira hora de vida é um marcador significativo da amamentação exclusiva^{1,7}.

A prevalência da amamentação na primeira hora de vida pode variar dependendo do local avaliado. Prevalências muito baixas (9,1%) foram encontradas na China e, ainda assim, houve maior propensão ao aleitamento exclusivo entre as que amamentaram na primeira hora. Parte da explicação pode ocorrer pela residência em áreas rurais, em decorrência da distribuição estatal maciça de fórmulas infantis para populações pobres¹⁶. Em outros países, evidenciou-se que a amamentação na primeira

hora de vida também influenciou positivamente na continuidade da amamentação exclusiva por três e por seis meses^{1,2}. No Brasil, inquéritos nacionais em 2006 e em 2008 mostraram prevalências variando de 42,9% a 67,7%, respectivamente^{17,18}.

Na presente pesquisa, mulheres cujos partos foram normais apresentaram maiores chances de amamentar na primeira hora, corroborando dados amplamente encontrados em outros países e no Brasil^{7,16,17,19}. Na operação cesariana, tanto o procedimento anestésico como a necessidade de cuidados pós-operatórios podem retardar o contato com o RN e o início precoce da amamentação. Em contrapartida, no parto normal, há expectativa de que a mulher possa participar de forma mais ativa, aumentando a probabilidade de contato com o RN e a amamentação precoce. A prevalência de início tardio da amamentação (após uma hora do nascimento) em 58 países de baixa e média renda, entre 2012-2017, foi de 34,5%. Em todos os países, o atraso foi mais baixo quando o parto foi normal e mais alto quando houve cesariana²⁰.

Considerado uma prática recomendada para a primeira hora de vida do recém-nascido, o contato pele a pele também influenciou positivamente a amamentação, mesmo levando em consideração sua prevalência abaixo do recomendado neste estudo². Resultados similares foram encontrados em uma metanálise com dados de 2000 a 2017, reiterando o efeito significativo do contato entre mãe e filho logo após o nascimento para o sucesso da primeira lactação²¹. Dessa forma, além de contribuir para o vínculo entre mãe e filho, o contato pele a pele pode favorecer o início precoce da amamentação por elevar os níveis de ocitocina^{8,22}. Os cuidados neonatais de rotina e a transferência para a sala de recuperação são conhecidas interferências para o contato pele a pele em tempo inferior ao preconizado²³. Sabe-se que tanto a rede social primária (pessoas próximas e mais envolvidas) como secundária (profissionais de saúde) da mulher podem favorecer o contato com o RN após o nascimento e, assim, levar à amamentação mais bem sucedida^{8,21,24}.

Apesar de a maioria das mulheres deste estudo não ter tido acompanhante durante o trabalho de parto, quando houve a presença deles também ocorreu maior chance de amamentação na primeira hora de vida. Fatores como a operação cesariana e a pandemia de Covid-19 podem ter contribuído para a menor prevalência de acompanhantes, sob a alegação de redução do risco de infecção²⁵. Em outros estudos nacionais, também se observou maior probabilidade em amamentar quando o acompanhante esteve presente durante o trabalho de parto^{19,26}. É possível que a presença do acompanhante propicie suporte emocional à mulher, conferindo maior segurança no pós-parto imediato e proporcionando maior calma por ser alguém do seu círculo de intimidade. No Brasil, a presença de acompanhante já é reconhecida como estratégia para humanizar o parto, assegurada pela Lei 11.108/2005, garantindo sua presença durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, com escolha pela parturiente²⁷.

Outro fator que influenciou a amamentação na primeira hora de vida foi a situação conjugal das puérperas, tendo aquelas sem parceria menor probabilidade de amamentar. Há dados evidenciando que as solteiras, mas cujos parceiros reconheceram a paternidade dos seus filhos, tiveram maior chance de não amamentar (50%) em comparação às casadas e com paternidade reconhecida. Já entre as solteiras e sem reconhecimento de paternidade ocorreu maior chance de não amamentar (135%)²⁸. O fato de as mulheres terem união estável e apoio de outras pessoas, especialmente do parceiro, exerce influência positiva na duração do aleitamento. Sabe-se que os apoios social, econômico e emocional são importantes, porém é o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de suporte, cuja atitude assertiva pode motivar a mulher para amamentar^{2,7}.

A cor da pele do parceiro se associou com o desfecho, uma vez que mulheres cujos companheiros tinham cor de pele não branca apresentaram menor chance de amamentar na primeira hora. Não há consenso na literatura sobre a associação entre cor da pele e a amamentação. Dados dos Estados Unidos mostraram que crianças negras tiveram taxa menor de qualquer tipo de amamentação aos três

meses (58%) do que as brancas (72,7%). A amamentação exclusiva aos seis meses foi observada em 17,2% das crianças negras e 29,5% das brancas. Além disso, mulheres negras experimentaram várias barreiras para amamentar, incluindo falta de conhecimento sobre amamentação, ausência de parceiro, menor apoio social e familiar, escolaridade mais baixa e suporte insuficiente nos serviços de saúde²⁹. Por sua vez, em Botucatu, São Paulo, apesar de as mulheres pretas e pardas apresentarem menor escolaridade, renda *per capita* inferior a um salário-mínimo e menos frequentemente ter companheiro, houve chance maior de amamentação até o 12º mês³⁰.

Diferente do evidenciado em outras pesquisas⁹⁻¹², não se observou associação entre a amamentação na primeira hora de vida e a violência por parceiro íntimo durante a gravidez, possivelmente influenciada pela baixa prevalência desta última. Por sua vez, este fato pode estar relacionado ao momento e ao local da entrevista neste estudo. É possível que o ambiente hospitalar, associado ao contexto de as mulheres estarem vivenciando o puerpério imediato, momento em que passam por alterações fisiológicas e hormonais, possa ter contribuído para relevar condutas agressivas do parceiro na tentativa de manter a relação após a chegada de um filho. Dados de outros países evidenciam o efeito adverso da violência durante a gravidez sobre as práticas de amamentação, com chance maior de não iniciar a amamentação e de interrompê-la antes dos seis meses¹⁰⁻¹². Além de favorecer maior propensão à depressão pós-parto, a violência praticada pelo parceiro íntimo durante a gravidez é indicativo de padrão familiar disfuncional, o que pode limitar o apoio social tão necessário à amamentação¹².

Este estudo apresenta limitações. Primeiro, o desfecho foi avaliado pelo relato da participante e não por observação direta. Ainda que se leve em consideração que o viés de memória é baixo, por ter sido um evento nas últimas 24 horas, há possibilidade de imprecisão pelas mulheres sobre o tempo decorrido até a primeira mamada. Segundo, algumas variáveis do parceiro íntimo mostraram dados faltantes. Mesmo assim, para os modelos de regressão foram considerados apenas os dados completos. Apesar das limitações citadas, este estudo é o primeiro a investigar a prática da amamentação na primeira hora de vida em Teresina, com avaliação de fatores associados podendo, assim, contribuir para a elaboração de estratégias e ações para ampliar sua prática.

CONCLUSÃO

Observou-se, que a prevalência da amamentação na primeira hora de vida foi considerada boa e que fatores obstétricos e de assistência ao parto contribuíram positivamente, evidenciando a importância de ofertar assistência de qualidade no processo de parturição. Embora não tenha sido encontrada associação entre amamentação na primeira hora e violência por parceiro íntimo durante a gravidez, os resultados são inéditos para o Piauí e podem subsidiar outras pesquisas futuras sobre essa temática. Ações educativas e capacitações para os profissionais de saúde são estratégias centrais para melhorar a assistência prestada e contribuir para promover e apoiar o aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

1. Bode L, Raman A, Murch SH, Rollins NC, Gordon JI. Understanding the mother-breastmilk-infant “triad”. *Science* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Out 11];367(6482):1070-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.aaw614>
2. World Health Organization. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 [Internet]. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2020 [acesso 2023 Maio 10]. 52 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>

3. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: Global results from a new tool. *Health Policy Plan* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 10];34(6):407-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapoll/czz050>
4. World Health Organization. Countdown to 2030. Tracking Progress Towards Universal Coverage for Women's, Children's and Adolescents' Health: The 2017 Report [Internet]. Geneva, (CH): WHO; 2017 [acesso 2023 Jun 8]. Disponível em: <https://profiles.countdown2030.org/#/>
5. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Jun 2];51:108. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>
6. Santos IS, Barros FC, Horta BL, Menezes AMB, Bassani D, Tovo-Rodrigues L, et al. Breastfeeding exclusivity and duration: Trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jun 2];48 Suppl 1:i72-i79. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyy15>
7. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJD, Bégin F, et al. Breastfeeding: Crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Out 11];401(10375):472-85. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
8. Araújo KEAS, Santos CC, Caminha MFC, Silva SL, Pereira JCN, Batista Filho M. Skin to skin contact and the early initiation of breastfeeding: A cross-sectional study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Out 11];30:e20200621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>
9. Chaves K, Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Khanlari S, Page A. Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Out 11];19(1):357. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2527-9>
10. Martin-de-las-Heras S, Velasco C, Luna-del-Castilho JD, Khan KS. Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: A cohort study and multivariate analysis. *BJOG* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Out 8];126(6):778-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15592>
11. Caleyachetty R, Uthman OA, Bekele HN, Martín-Cañavete R, Marais D, Coles J, et al. Maternal exposure to intimate partner violence and breastfeeding practices in 51 low-income and middle-income countries: A population-based cross-sectional study. *PLoS Med* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Out 11];16(10):e1002921. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002921>
12. Madsen FK, Holm-Larsen CE, Wu C, Roghati R, Manongi R, Mushi D, et al. Intimate partner violence and subsequent premature termination of exclusive breastfeeding: A cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jun 10];14(6):e0217479. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217479>
13. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Out 8];13 Suppl 1:S31-S34. Disponível em: https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18
14. 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 Saude Publica* [Internet]. 2015 [acesso 2023 Jul 10];31(11):2390-400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123114>
15. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010 [acesso 2023 Maio 2];44(4):658-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>

16. Tang L, Binns CW, Lee AH, Pan X, Chen S, Yu C. Low prevalence of breastfeeding initiation within the first hour of life in a rural area de Sichuan Province, China. *Birth* [Internet]. 2013 [acesso 2023 Jun 10];40(2):134-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12038>
17. Venâncio SI, Escuder MM, Saldiva SR, Giugliani ER. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: Current status and advances. *J Pediatr* [Internet]. 2010 [acesso 2023 Jun 12];86(4):317-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher, PNDS, 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2021 Out 10]. 302 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
19. Silva LAT, Fonseca VM, Oliveira MIC, Silva KS, Ramos EG, Gama SGN. Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Out 11];73(2):20180448. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0448>
20. Raihana S, Alam A, Chad N, Huda TM, Dibley MJ. Delayed initiation of breastfeeding and role of mode and place of childbirth evidence from health surveys in 58 low-and middle-income countries (2012–2017). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Set 15];18(11):5976. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph18115976>
21. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleko-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Out 11];58(1):46-56. Disponível em: <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138>
22. Turke KC, Santos LRD, Matsumara LS, Sarni ROS. Risk factors for the lack of adherence to breastfeeding. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Out 11];67(1):107-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.67.01.20200510>
23. Gomes ML, Nicida LRA, Oliveira DCC, Rodrigues A, Torres JA, Coutinho ATD, et al. Care at the first postnatal hour in two hospitals of the Adequate Birth Project: Qualitative analysis of experiences in two stages of the Healthy Birth project. *Reprod Health* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Out 10];20 Suppl 2:14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01540-5>
24. Maliska ICA, Oliveira SN, Andrade ZB, Wilhelm LA, Velho MB. Rooming-in practices and satisfaction with care according to discharge on exclusive breastfeeding. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Out 11];32:e20230082. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0082pt>
25. Menezes FR, Silva TPR, Felisbino-Mendes MS, Santos LC, Canastra MAAP, Filipe MMI, et al. Influence of the COVID-19 pandemic on labor and childbirth practices in Brazil: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Out 10];23(1):91. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05358-2>
26. Silva LAT, Fonseca VM, Oliveira MIC, Silva KSD, Ramos EG, Gama SGND. Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Set 15];73(2):e20180448. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0448>
27. Brasil. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS 2005 [Internet]. Brasília, Diário Oficial da União, 2005 [acesso 2021 Nov 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.html
28. Wallenborn JT, Chambers GJ, Masho SW. The role of paternity acknowledgment in breastfeeding non initiation. *J Hum Lact* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Out 11];34(4):737-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890334417743209>

29. Beauregard JL, Hammer HC, Chen J, Avila-Rodriguez W, Elam-Evans L, Perrine CG. Racial disparities in breastfeeding initiation and duration among U.S. infants born in 2015. *Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Out 15];68(34):745-8. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6834a3.html>
30. Oliveira JE, Ferrari AP, Tonete VLP, Parada CMGL. Perinatal results and first-year of life according to maternal skin color: A cohort study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Jun 10];53:e03480. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003903480>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Prevalência e fatores associados da amamentação na primeira hora de vida em Teresina, Piauí, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, da Universidade Federal do Piauí, em 2022.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Viana VAO, Madeiro AP.

Coleta de dados: Viana VAO, Madeiro AP.

Análise e interpretação dos dados: Viana VAO, Madeiro AP, Castro LC, Rufino AC.

Discussão dos resultados: Viana VAO, Madeiro AP, Castro LC, Rufino AC.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Viana VAO, Madeiro AP, Castro LC, Rufino AC.

Revisão e aprovação final da versão final: Viana VAO, Madeiro AP, Castro LC, Rufino AC.

AGRADECIMENTO

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade e à Universidade Federal do Piauí.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 36736220.1.0000.5214/parecer nº 4.387.960).

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Manuela Beatriz Velho, Maria Lúgia Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 23 de julho de 2023.

Aprovado: 18 de dezembro de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Vera Alice Oliveira Viana

veraalice75@hotmail.com

