

Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil

Factors associated with the initiation of breastfeeding in a city in the south of Brazil

Regina Bosenbecker da Silveira ¹

Elaine Albernaz ²

Lucas Miranda Zuccheto ³

^{1,3} Núcleo de Pediatria. Escola de Medicina. Universidade Católica de Pelotas. Rua Felix da Cunha, 412. Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96.010-000. E-mail: reginadasilveira@yahoo.com.br

² Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Abstract

Objectives: to identify characteristics of mothers, babies and nursing associated with the initiation of breastfeeding in the first hour of birth.

Methods: this was a cross-sectional study nested in a cohort of newborns whose mothers were residents in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. The mothers answered a questionnaire, which provided data referring to demographic and socioeconomic factors, prenatal period, maternal, neonatal and nursery characteristics, birth conditions, and initiation of breastfeeding. The interviews were carried out by way of daily visits to all nurseries, allowing for a minimum period of four hours after delivery. Univariate, bivariate and logistic regression analyses were performed.

Results: 2,741 mothers were interviewed and 35.5% breastfed in the first hour after delivery. Mothers who began breastfeeding earliest were the younger ones, those who had a lower level of education and lower family income. Mothers whose deliveries were cesarean had a risk two times higher of not breastfeeding in the first hour of the newborn's life.

Conclusions: it is important that delivery be performed in an appropriate manner, since c-sections increase the time of separation between mother and baby. It would be worthwhile encouraging expansion of the "Baby-Friendly Hospital Initiative" in order to promote and protect breastfeeding.

Key words Breastfeeding, Maternal behavior, Infant feeding

Resumo

Objetivos: identificar as características - maternas, dos bebês e das maternidades - associadas com o início da amamentação na primeira hora após o parto.

Métodos: estudo transversal aninhado em coorte que acompanhou bebês de mães residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul. As mães responderam a questionário padronizado, com dados referentes a fatores demográficos e socioeconômicos, pré-natal, características maternas do bebê, da maternidade, condições de nascimento e início da amamentação. As entrevistas foram realizadas através de visitas diárias às maternidades, respeitando um período mínimo de quatro horas após o parto. Foram realizadas análise univariada, bivariada e regressão logística.

Resultados: foram entrevistadas 2741 mães, sendo que 35,5% amamentaram na primeira hora pós-parto. As que mais precocemente iniciaram a amamentação foram as de menor idade, menor escolaridade e menor renda. Mães cujo parto foi cesárea tiveram um risco cerca de duas vezes maior de não amamentar na primeira hora de vida.

Conclusões: é importante a indicação adequada do tipo de parto, pois a cesárea aumenta o tempo de separação mãe-bebê. É relevante estimular a expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, pela capacidade de promover e proteger o aleitamento.

Palavras-chave Aleitamento materno, Comportamento materno, Alimentação infantil

Introdução

O aleitamento materno é um fator fundamental na saúde materna¹ e infantil. As vantagens por ele oferecidas são amplamente conhecidas e têm sido alvo de vários estudos.²

Atualmente, são inúmeros os elementos que parecem dificultar tanto o estabelecimento quanto a manutenção da amamentação. A pequena família nuclear na qual pouco se vê mães amamentando, a ausência do pai, a gravidez cada vez mais precoce, a separação precoce do par mãe-bebê após o parto, a intenção e a necessidade da mãe de trabalhar fora, entre outros, são fatores da nossa sociedade que interferem negativamente na amamentação.³

Vários estudos^{4,5} têm demonstrado que o tempo transcorrido entre o nascimento e o momento da primeira mamada é um marco importante na instalação, assim como um preditor do tempo de amamentação. Fatores ligados a características maternas, aos cuidados pré-natais, ao funcionamento do hospital e ao próprio recém-nascido estão associados a esse intervalo tão significativo.⁶⁻⁸

Kuan *et al.*,⁹ em um estudo longitudinal com 522 mulheres em 1999, realizado nos Estados Unidos, avaliaram fatores que contribuíram para o sucesso da amamentação no período pós-parto imediato. Foram encontrados melhores resultados para mães mais velhas, casadas, com educação elevada e cujos companheiros tivessem participado da decisão de amamentar, assim como ter planejado previamente o tempo que pretendiam amamentar.⁹

Pérez-Escamilla *et al.*,¹⁰ analisaram a relação causal entre práticas hospitalares em maternidades e o sucesso da lactação, e constataram que alojamento conjunto e orientação sobre amamentação têm impacto positivo sobre a lactação, e que o contato precoce mãe-bebê, parece ter efeito benéfico, principalmente para as primíparas.

Widström *et al.*,¹¹ em um ensaio clínico randomizado, avaliaram o efeito da sucção precoce (primeiros trinta minutos) após o parto e verificaram que os bebês que mamaram nesse período foram levados menos para o berçário, assim como essas mães conversavam mais com seus bebês.

Visando não apenas à promoção, mas também à proteção do aleitamento materno, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estabeleceram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC),¹² que adota os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação". O quarto passo indica o início precoce do aleitamento, e o sétimo preconiza o alojamento conjunto,¹³ fatores que parecem estar inter-

relacionados.

Com o intuito de melhor avaliar tais aspectos, este estudo teve por objetivo identificar as características associadas (maternas, dos bebês e das maternidades) com o início da amamentação na primeira hora após o parto.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa de delineamento longitudinal que acompanhou os bebês, cujas mães eram residentes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e que nasceram entre 16 de setembro de 2002 a 31 de maio de 2003. O projeto teve um componente transversal que abrangeu os dados perinatais, colhidos em visita hospitalar, e outro longitudinal, que compreendeu o acompanhamento de 30% da população com um, três e seis meses. Para estudar os fatores associados ao início da amamentação foram utilizadas as informações do componente perinatal, caracterizando uma pesquisa de delineamento transversal aninhada a um estudo de coorte.

Foram entrevistadas as mães cujos partos ocorreram nas maternidades da cidade ou que foram a elas encaminhadas, logo após parto domiciliar. Foram considerados como critérios de exclusão mães soropositivas para HIV, recém-nascidos com malformações congênitas graves que impedissem a amamentação ou que tivessem domicílio fora do município. Bebês hospitalizados foram mantidos na amostra.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelas Comissões de Pesquisa e Ética em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e da Fundação de Apoio Universitário (FAU). Além disso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Comissão Científica da Universidade Católica de Pelotas.

Todas as mães incluídas no estudo, após terem sido devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, assinaram termo de consentimento.

O tamanho da amostra foi baseado em erro alfa de 0,05 e erro beta de 0,1 e 0,2 com exposições variando entre 10 e 50%, e riscos relativos de 1,5 e 2,0. Foram acrescentados 30% para análise de fatores de confusão e mais 10% para possíveis perdas. O número de mães necessário para esse estudo variou entre 520 e 850, conforme a exposição, mas a amostra total foi ampliada a fim de permitir a avaliação de outros desfechos no estudo de coorte.

As mães incluídas responderam a um ques-

tionário padronizado, com questões fechadas e abertas, previamente testado, que obteve dados referentes a fatores demográficos e socioeconômicos, presença e qualidade do pré-natal, características da mãe, do bebê e da maternidade, condições de nascimento avaliadas pelo índice de Apgar e verificação de elementos associados com o início da amamentação, como o alojamento conjunto e o uso da chupeta. A idade gestacional foi calculada conforme a data da última menstruação ou ultra-sonografia (quando a data da última menstruação não era conhecida). Trabalho materno foi definido como a mãe exercendo atividade profissional fora do domicílio.

A pesquisa foi realizada por uma equipe de 15 entrevistadores. As entrevistas foram realizadas respeitando um período mínimo de quatro horas após o parto.

O controle de qualidade do estudo ocorreu a partir da utilização de questionários padronizados, realização de estudo piloto, uso de manual de instruções, treinamento dos entrevistadores, revisão dos questionários e aplicação de um questionário sintetizado a uma amostra aleatória de 10% de todas as mães. A entrada dos dados foi feita utilizando-se o programa Epi-Info 6.0, sendo realizada dupla digitação.

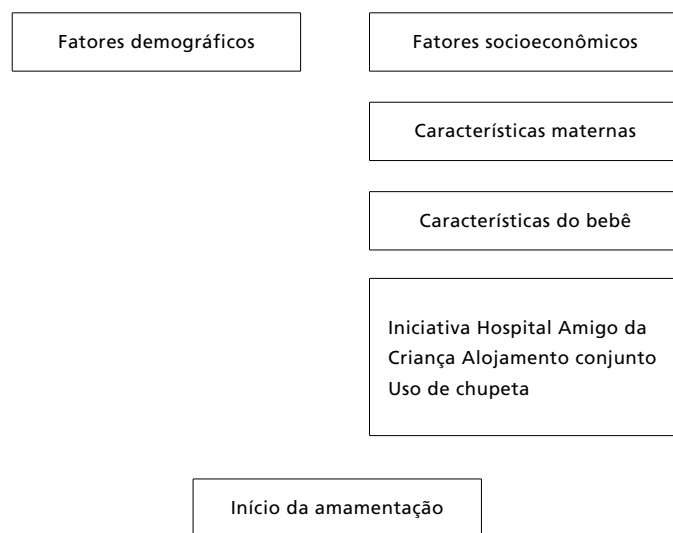
Para a análise dos dados, o programa empregado foi o SPSS for Windows 8.0, obedecendo ao modelo hierárquico criado: cálculo das frequências das variáveis, análise bivariada entre os fatores de exposição e o desfecho, entre os fatores de exposição e outras variáveis e entre o desfecho e outras variáveis. A análise multivariada foi realizada por regressão logística e foi processada conforme o modelo hierárquico construído com base na literatura revisada (Figura 1). Assim, os fatores socioeconômicos situados no primeiro nível puderam influenciar as outras variáveis, excetuando-se as demográficas. No segundo nível hierárquico, estão as características maternas; no terceiro, as da criança; no quarto, o alojamento conjunto, o uso da chupeta e a adoção da IHAC, pelos hospitais, as quais podem exercer uma influência direta sobre o desfecho. Em todas as análises foi usado o nível de significância $p \leq 0,05$.

Na análise multivariada, foram incluídas as variáveis cuja associação com o desfecho apresentaram valor de p até 0,20, para estudar a presença de possíveis fatores de confusão.

O desfecho foi definido como início da amamentação na primeira hora de vida, sendo que a análise foi realizada avaliando os fatores relacionados ao risco de não mamar na primeira hora.

Figura 1

Modelo teórico



Resultados

No período do estudo, ocorreram 3449 nascimentos; desses 81% (2799) eram bebês cujas mães residiam na cidade de Pelotas.

Dessas 2799 crianças, 29 nasceram fora de hospital, mas foram incluídas no estudo, pois foram encaminhadas a algum hospital após o parto. Vinte e duas mães (0,6%) não aceitaram participar do estudo, sendo que, em oito recusas, o motivo foi o óbito precoce dos bebês. Dez pacientes tiveram alta hospitalar antecipada e não puderam ser localizadas posteriormente e 26 eram soropositivas para HIV, sendo excluídas. A população final entrevistada foi de 2741 mães, o que representou 97,9% de todos os nascimentos da população-alvo.

A Tabela 1 apresenta as características da população estudada. A renda familiar de 69% da população foi de, no máximo, três salários mínimos. Cerca de metade das mães tinha entre 20 e 29 anos e 43% estavam tendo seu primeiro filho. Tabagismo durante a gravidez esteve presente em 24% da amostra. Aproximadamente 77% das pacientes fizeram seis ou mais consultas de pré-natal.

O percentual de cesarianas foi de 39% e os recém-nascidos (RN) com baixo peso representaram 8% da amostra. A maioria das crianças (96%) teve índice de Apgar entre 8 e 10 no quinto minuto de vida e 12% dos bebês nasceram com idade gesta-

Tabela 1

Características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas da amostra estudada. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2003.

| Características | n | % |
|---|------|-------|
| Idade paterna (anos completos) | | |
| <20 | 184 | 6,7 |
| 20-29 | 1287 | 47,0 |
| 30-34 | 538 | 19,6 |
| ≥35 | 732 | 26,7 |
| Cor paterna | | |
| Branca | 2037 | 74,3 |
| Outra | 804 | 25,7 |
| Escolaridade paterna (anos completos com aprovação) | | |
| 0-4 | 468 | 17,1 |
| 5-8 | 1213 | 44,3 |
| ≥9 | 883 | 32,2 |
| Ignorada | 177 | 6,5 |
| Renda familiar (salário mínimo) | | |
| ≤1 | 606 | 22,1 |
| 1,1-3 | 1293 | 47,2 |
| 3,1-6 | 532 | 19,4 |
| >6 | 310 | 11,3 |
| Idade materna (anos completos) | | |
| <20 | 558 | 20,4 |
| 20-29 | 1355 | 49,4 |
| 30-34 | 460 | 16,8 |
| ≥35 | 368 | 13,4 |
| Cor materna | | |
| Branca | 2040 | 74,4 |
| Outra | 701 | 25,6 |
| Escolaridade materna (anos completos com aprovação) | | |
| 0-4 | 532 | 19,4 |
| 5-8 | 1183 | 43,2 |
| ≥9 | 1026 | 37,4 |
| Primiparidade | | |
| Sim | 1170 | 42,7 |
| Não | 1571 | 57,3 |
| Trabalho materno | | |
| Sim | 887 | 32,4 |
| Não | 1854 | 67,6 |
| Tabagismo na gravidez | | |
| Sim | 643 | 23,5 |
| Não | 2098 | 76,5 |
| Número de consultas de pré-natal | | |
| 0-5 consultas | 627 | 22,9 |
| 6 ou mais | 2114 | 77,1 |
| Tempo de gestação | | |
| <37 | 338 | 12,3 |
| 37 ou mais semanas | 2403 | 87,7 |
| Tipo de parto | | |
| Normal | 1685 | 61,5 |
| Cesariana | 1056 | 38,5 |
| Sexo do recém-nascido | | |
| Masculino | 1379 | 50,3 |
| Feminino | 1362 | 49,7 |
| Peso do recém-nascido | | |
| <2500 g | 226 | 8,2 |
| ≥2500 g | 2515 | 91,8 |
| Total | 2741 | 100,0 |

Tabela 2

Fatores associados ao início da amamentação na primeira hora de vida. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2003.

| Variável | Mamou na primeira hora | | Não mamou na primeira hora | | Total | RR (IC95%)* | Valor p |
|--|------------------------|------|----------------------------|------|-------|------------------|---------|
| | n=974 | % | n=1602 | % | | | |
| Escolaridade paterna | | | | | | | |
| 0-4 | 189 | 42,8 | 253 | 57,2 | 442 | 1,00 | <0,001 |
| 5-8 | 461 | 40,6 | 681 | 59,4 | 1142 | 1,04 (0,95-1,14) | |
| ≥9 | 245 | 29,5 | 585 | 70,5 | 830 | 1,23 (1,12-1,35) | |
| ignorada | 79 | 48,8 | 83 | 51,2 | 162 | 0,90 (0,75-1,06) | |
| Renda familiar | | | | | | | |
| ≤1 | 259 | 45,4 | 311 | 54,6 | 570 | 1,00 | <0,001 |
| 1,1-3,0 | 476 | 39,2 | 739 | 60,8 | 1215 | 1,11 (1,02-1,22) | |
| 3,1-6,0 | 154 | 30,9 | 344 | 69,1 | 498 | 1,27 (1,15-1,39) | |
| >6 | 85 | 29,0 | 208 | 71,0 | 293 | 1,30 (1,17-1,44) | |
| Vive com companheiro | | | | | | | |
| Sim | 789 | 36,6 | 1366 | 63,4 | 2155 | 1,00 | 0,003 |
| Não | 185 | 43,9 | 236 | 56,1 | 421 | 0,88 (0,81-0,97) | |
| Idade materna | | | | | | | |
| ≥35 | 104 | 30,7 | 235 | 69,3 | 339 | 1,00 | <0,001 |
| 30-34 | 153 | 35,0 | 284 | 65,0 | 437 | 0,94 (0,85-1,03) | |
| 20-29 | 483 | 37,7 | 798 | 62,3 | 1281 | 0,90 (0,83-0,98) | |
| <20 | 234 | 45,1 | 285 | 54,9 | 519 | 0,79 (0,71-0,88) | |
| Cor materna | | | | | | | |
| Outra | 292 | 44,2 | 396 | 55,8 | 661 | 1,00 | <0,001 |
| Branca | 682 | 35,6 | 1233 | 64,4 | 1915 | 1,15 (1,07-1,24) | |
| Escolaridade materna | | | | | | | |
| 0-4 | 237 | 47,4 | 263 | 52,6 | 500 | 1,00 | <0,001 |
| 5-8 | 453 | 40,4 | 669 | 59,6 | 1122 | 1,13 (1,03-1,25) | |
| ≥9 | 284 | 29,8 | 670 | 70,2 | 954 | 1,34 (1,22-1,47) | |
| Primiparidade | | | | | | | |
| Não | 600 | 40,7 | 874 | 59,3 | 1474 | 1,00 | <0,001 |
| Sim | 374 | 33,9 | 728 | 66,1 | 1102 | 1,11 (1,05-1,18) | |
| Tabagismo na gravidez | | | | | | | |
| Não | 705 | 35,7 | 1269 | 64,3 | 1974 | 1,00 | <0,001 |
| Sim | 269 | 44,7 | 333 | 55,3 | 602 | 0,86 (0,80-0,93) | |
| Numero de consultas de pré-natal | | | | | | | |
| 6 ou mais | 695 | 35,4 | 1320 | 65,5 | 2015 | 1,00 | <0,001 |
| 0-5 | 279 | 49,7 | 282 | 50,3 | 561 | 0,77 (0,70-0,84) | |
| Tipo de parto | | | | | | | |
| Normal | 867 | 54,0 | 739 | 46,0 | 1606 | 1,00 | <0,001 |
| Cesariana | 107 | 11,0 | 863 | 89,0 | 970 | 1,93 (1,83-2,05) | |
| Condições de nascimento (Índice de Apgar no 5º min.) | | | | | | | |
| 8-10 | 966 | 38,3 | 1558 | 61,7 | 2524 | 1,00 | |
| 0-7 | 2 | 5,9 | 32 | 94,1 | 34 | 1,52 (1,39-1,67) | <0,001† |
| Pretende dar bico | | | | | | | |
| Não | 277 | 40,2 | 412 | 59,8 | 689 | 1,00 | 0,13 |
| Sim | 697 | 36,9 | 1190 | 63,1 | 1887 | 1,05 (0,98-1,13) | |
| Trouxe bico para o hospital | | | | | | | |
| Não | 349 | 40,6 | 511 | 59,4 | 860 | 1,00 | 0,04 |
| Sim | 625 | 36,4 | 1091 | 63,6 | 1716 | 1,07 (1,00-1,14) | |
| Maternidade com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança | | | | | | | |
| Sim | 302 | 53,3 | 265 | 46,7 | 567 | 1,00 | <0,001 |
| Não | 672 | 33,4 | 1337 | 66,6 | 2009 | 1,42 (1,30-1,56) | |

RR(IC 95%) = risco relativo e intervalo de confiança de 95% de não mamar na primeira hora de vida; † Teste exato de Fisher.

Tabela 3

Análise multivariada dos fatores associados à amamentação na primeira hora de vida conforme modelo hierárquico. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2003.

| Variável | RO bruta* (IC95%) | RO ajustada** (IC95%) | Valor p |
|--|-------------------|-----------------------|---------|
| Idade materna*** | | | |
| ≥35 | 1,00 | 1,00 | |
| 30-34 | 0,54 (0,40-0,72) | 0,57 (0,42-0,77) | 0,02 |
| 20-29 | 0,73 (0,57-0,95) | 0,71 (0,54-0,92) | |
| ≤19 | 0,82 (0,60-1,11) | 0,78 (0,57-1,10) | |
| Cor materna*** | | | |
| Não branca | 1,00 | 1,00 | |
| Branca | 1,43 (1,19-1,71) | 1,22 (1,01-1,47) | 0,04 |
| Escolaridade materna*** | | | |
| 0-4 | 1,00 | 1,00 | |
| 5-8 | 1,33 (1,10-1,64) | 1,28 (1,03-1,61) | < 0,01 |
| ≥9 | 2,13 (1,70-2,66) | 1,64 (1,26-2,13) | |
| Escolaridade paterna*** | | | |
| 0-4 | 1,00 | 1,00 | |
| 5-8 | 1,11 (0,88-1,38) | 0,99 (0,78-1,25) | 0,02 |
| ≥9 | 1,79 (1,40-2,27) | 1,28 (0,97-1,69) | |
| ignorada | 0,79 (0,55-1,13) | 0,76 (0,53-1,10) | |
| Número de consultas de pré-natal**** | | | |
| 6 ou mais | 1,00 | 1,00 | |
| 0-5 | 0,53 (0,44-0,64) | 0,78 (0,59-1,04) | 0,09 |
| Tipo de parto**** | | | |
| Normal | 1,00 | 1,00 | |
| Cesariana | 9,46 (7,57-11,83) | 10,48 (7,54-14,56) | <0,001 |
| Condições de nascimento†***** | | | |
| 8-10 | 1,00 | 1,00 | |
| 0-7 | 9,56 (2,34-39,05) | 14,69 (3,46-62,41) | <0,001 |
| Maternidade com Hospital Amigo da Criança***** | | | |
| Sim | 1,00 | 1,00 | |
| Não | 2,27 (1,88-2,74) | 2,45 (1,96-3,10) | <0,001 |

* Razão de odds bruta; ** Razão de odds ajustada; *** Modelo 1: idade e cor da mãe, renda familiar e escolaridade dos pais; **** Modelo 2: idade e cor da mãe, escolaridade dos pais, número de consultas, fumo na gravidez, primiparidade, experiência prévia em amamentar, gravidez planejada, tipo de parto e presença do pai no pré-natal; ***** Modelo 3: idade e cor da mãe, escolaridade dos pais, número de consultas, tipo de parto e condições de nascimento; ***** Modelo 4: idade e cor da mãe, escolaridade dos pais, número de consultas, tipo de parto, condições de nascimento, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, pretender dar o bico e ter trazido o bico para o hospital; † conforme índice de Apgar no quinto minuto de vida.

cional inferior a 37 semanas.

Cerca de 83% das mulheres viviam com companheiro, mas 64% não planejaram a gravidez. Somente 7% dos pais não ficaram contentes com a gravidez e 92% das mães sentiram-se apoiadas pelo pai do bebê. Em metade dos nascimentos, os pais estiveram presentes no pré-natal ou no trabalho de parto.

Somente um terço dos pais recebeu informação sobre amamentação. A mãe mostrou intenção de oferecer chupeta para o bebê em 73% das entrevistas, e 65% trouxeram chupeta para o hospital. Quase todas as mães tinham intenção de amamentar

(99%), e 87% já haviam amamentado no momento da entrevista, sendo 35,5% na primeira hora de vida do bebê.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados da análise bivariada, e nela encontram-se as variáveis cuja associação com o desfecho apresentaram valor de *p* maior ou igual a 0,20. Nessa análise, foram excluídas as crianças que, por motivos de doença, não haviam sido trazidas para o alojamento conjunto até o momento da entrevista, estando ainda no berçário ou na UTI neonatal.

As mães que menos iniciaram a amamentação na primeira hora de vida foram as mais velhas, com

Tabela 4

Análise multivariada das variáveis que sofreram a transformação de Razão de Odds em Razão de Prevalência devido a alta prevalência nos não expostos.

| Variável | RP bruta* | RP ajustada** |
|--|-----------|---------------|
| Tipo de parto | | |
| Normal | 1,00 | 1,00 |
| Cesariana | 1,93 | 2,00 |
| Índice de Apgar no 5º minuto | | |
| 8-10 | 1,00 | 1,00 |
| 0-7 | 1,52 | 1,55 |
| Maternidade com Iniciativa Hospital Amigo da Criança | | |
| Sim | 1,00 | 1,00 |
| Não | 1,42 | 1,46 |

* Razão de prevalência bruta; ** Razão de prevalência ajustada.

maior escolaridade e maior renda, evidenciando-se dose-resposta. As mães cujo parto foi cesárea tiveram um risco duas vezes maior de não amamentar na primeira hora de vida. Ter levado chupeta para o hospital aumentou o risco dos bebês não mamarem na primeira hora de vida, assim como nascer em maternidades que não adotam a IHAC.

As variáveis, tempo de gestação, sexo do bebê e peso de nascimento não se mostraram associadas ao desfecho e não foram mostradas na tabela por terem valor de *p* acima de 0,20.

A análise multivariada (Tabela 3) incluiu as variáveis associadas com o desfecho, com valor de *p* até 0,20, conforme a análise bivariada. Inicialmente incluiu-se idade e cor da mãe, escolaridade dos pais e renda familiar, sendo que essa última perdeu a significância estatística (*p*=0,24), demonstrando que parte de seu poder explicativo era devido à presença de fatores de confusão, sendo retirada da análise nos blocos seguintes.

Ao serem ajustadas para as variáveis do mesmo bloco e do nível anterior, perderam a significância as seguintes: tabagismo na gravidez, primiparidade, planejamento da gravidez, experiência prévia em amamentar e presença do pai no pré-natal. Permaneceram neste nível somente o número de consultas de pré-natal e o tipo de parto. No terceiro nível, foi incluída, no modelo, a variável "índice de Apgar". Parto cesárea aumentou o risco do bebê não mamar na primeira hora, mesmo ajustando para outros fatores; o mesmo ocorreu com o índice de Apgar igual ou menor que sete. No quarto bloco, foram analisadas as questões quanto ao uso da chupeta e a IHAC, sendo que somente esta última mostrou associação estatisticamente significativa com o desfecho.

Em razão da alta prevalência da variável dependente nos não expostos e visando a um maior rigor metodológico, sabendo-se que a razão de prevalência (RP) é sempre mais próxima da unidade do que a razão de *odds* (RO), foi realizada a conversão da RO em RP.¹⁴ A Tabela 4 mostra os valores brutos e ajustados dessas medidas, após a conversão. Observa-se que houve redução dos valores brutos e ajustados após a conversão e que a diferença entre esses foi inferior a 10%, mostrando que não houve a influência de fatores de confusão.

Discussão

Klaus e Kennell (1978: 16),¹⁵ definiram "apego" como "uma relação singular e específica entre duas pessoas, que persiste no curso do tempo". Tais autores observaram que, logo após o parto, existe um breve momento (poucos minutos) no qual floresce o apego ao bebê, que denominaram período sensível materno. É um período único, no qual os acontecimentos podem exercer efeito duradouro sobre a família. Acompanhando partos domiciliares na Guatemala, quando o alojamento conjunto ainda não era uma regra, esses autores observaram que as mães e os bebês eram muito bem recebidos por toda a comunidade logo após o parto e o bebê começava a mamar poucos minutos depois de nascer. Essas mães sentiam-se mais confiantes, mais sensíveis ao choro do bebê e amamentavam por mais tempo.

Righard e Alade,¹⁶ em estudo realizado na Suécia, observaram bebês nascidos de mães saudáveis, com gestações sem complicações. Os bebês foram colocados sobre o abdome da mãe logo após o parto. Metade deles foi retirada após 20

minutos e a outra metade ficou por tempo indefinido. Depois de aproximadamente 20 minutos, os que ficaram sobre a mãe movimentaram-se em direção à mama e, após algum tempo, sugaram vigorosamente. Os bebês que foram retirados tiveram de ser ensinados a mamar.

No Brasil, Ungerer e Miranda¹⁷ publicaram uma revisão sobre a história e os benefícios do alojamento conjunto, salientando as vantagens desse para o aleitamento materno.

Estudos têm evidenciado menores taxas, tanto de início quanto de duração de amamentação, em mães que são submetidas à cesárea. Sabe-se que parto cesárea dificulta tanto a ida para o alojamento conjunto quanto o início precoce da amamentação.¹⁸

Dennis,¹⁹ em uma revisão sistemática, encontrou que mães brancas, com mais de 25 anos, com maior renda e escolaridade amamentaram mais cedo e introduziram complementação mais tardiamente. O presente estudo encontrou um perfil inverso. As mães não brancas, com menor escolaridade e menor renda amamentaram mais precocemente. Por outro lado, as mães com maior escolaridade e maior renda tiveram mais partos cesáreas.

Ao analisar-se a relação entre nível socioeconômico e tipo de parto, observou-se que as mães de maior escolaridade tiveram um risco 70% maior de serem submetidas à cesareana. Quanto à renda, houve efeito dose-resposta e as mães de maior renda tiveram um risco 2,4 vezes maior de submeterem-se a parto cesárea. Avaliando a relação entre nível socioeconômico e o início da amamentação, o tipo de parto seria um fator mediador.

Diante disso, este estudo pôde demonstrar a associação entre o perfil da população com maior prevalência de parto cesárea, e o retardo do início do aleitamento nessa faixa da população. De modo geral, tanto o contato pele a pele quanto o tempo de permanência do bebê com a mãe logo após o parto ficam diminuídos, o que a literatura tem demonstrado serem fatores que dificultam a vinculação e, portanto, o aleitamento materno.¹⁸

A literatura científica mostra que o tabagismo na gravidez é um importante fator de risco para nascimento de bebês com baixo peso e morbidade associada, assim como para menores taxas de aleitamento.²⁰ O presente trabalho mostra que um número expressivo de mulheres (24%) fuma durante a gestação. Em estudos ocorridos em 1982 e 1993 na cidade de Pelotas, ^{18, 21} a prevalência foi de 33,4% e 35,6%, respectivamente, o que demonstra uma mudança de hábito na última década, embora sejam necessários esforços para diminuir esses valores, que permanecem muito elevados.

O fato de os bebês com anóxia terem o início da amamentação retardado convergiu para o esperado, pois são os bebês com piores condições de nascimento. Foram analisados, também, aspectos quanto ao uso da chupeta, uma vez que esse hábito está relacionado ao aleitamento.²² Observou-se que a maioria das mães (70%) pretendia dar a chupeta para o bebê e quase todas a haviam levado para o hospital. Essas duas variáveis não foram associadas de forma estatisticamente significativa com o início do aleitamento, mas é possível que estejam associadas com a duração da lactação, o que poderá ser averiguado no seguimento deste estudo.

Ressalta-se que a IHAC tem sido responsável por mudanças significativas nas taxas tanto de início quanto de duração da amamentação. Muitos esforços têm sido feitos, em todo o mundo, para a implantação desse programa no maior número possível de maternidades, uma vez que estudos têm comprovado a sua eficácia, sempre que esteja implantado e vigorando da forma preconizada.²³ Os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" indicam os princípios para a implantação do programa. Cada um desses "dez passos" tem fundamentação específica.¹³

Um dos hospitais incluídos no estudo estava em processo para obtenção do título de Hospital Amigo da Criança e adotara parcialmente a IHAC no momento da coleta de dados. Após o período de triagem, esse hospital já cumpria todos os "Dez Passos", tendo recebido o título posteriormente. Os resultados mostraram que a IHAC aumentou o início da amamentação precoce e que esses, provavelmente, seriam mais promissores se a implantação já fosse total. O sétimo passo foi o último a ser cumprido pela instituição, referente ao alojamento conjunto, 24 horas por dia.

A presença do pai na maternidade e o não uso da chupeta também fazem parte da "Iniciativa" por estar demonstrado, cientificamente, que estão associados positivamente com a amamentação. Enfatiza-se, ainda, que o incentivo ao aleitamento deve iniciar durante o pré-natal.

Os resultados encontrados no presente estudo permitem concluir que é importante uma indicação adequada do tipo de parto, reduzindo o número de partos cesáreas, que se encontra bem mais elevado do que o recomendado pela OMS e que constitui um fator que pode aumentar o tempo de separação da mãe e do bebê. Além disso, mostra-se relevante estimular a expansão da IHAC, principalmente em países em desenvolvimento, pela capacidade desse programa de promover e proteger o aleitamento materno, resultando em uma redução da morbimortalidade infantil.

References

1. Rea MF. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr* (Rio J). 2004; (5 Supl): S142-S6.
2. Giugliani ERJ. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: Duncan, BB, editor. *Medicina ambulatorial*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 219-31.
3. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr*. 2006; 19: 623-30.
4. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 356: 1643-7.
5. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003: CD003519.
6. Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health*. 2001; 37: 254-61.
7. Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*. 1993; 37: 1069-78.
8. Lindenberg CS, Cabrera Artola R, Jimenez V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *Int J Nurs Stud*. 1990; 27: 179-86.
9. Kuan LW, Britto M, Decologon J, Schoetker PJ, Atherton HD, Kotagal UR. Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics*. 1999; 104: e28.
10. Pérez-Escamilla R, Pollitt E, Lönnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health*. 1994; 84: 89-97.
11. Widström AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S, Winberg J. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev*. 1990; 21: 153-63.
12. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes JS, Cimo S, Cook JT. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*. 2001; 108: 677-81.
13. WHO (World Health Organization). Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva; 1998.
14. Osborn J, Cattaruzza MS. Odds ratio and relative risk for cross-sectional data. *Int J Epidemiol*. 1995; 24: 464-5.
15. Klaus MH, Kennell JH. La relación madre-hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Buenos Aires: Medica Panamericana; 1978.
16. Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*. 1990; 336: 1105-07.
17. Ungerer RLS, Miranda ATC. História do alojamento conjunto. *J Pediatr*. 1999; 75: 5-10.
18. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32: 225-31.
19. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002; 31: 12-32.
20. Leung GM, Ho LM, Lam TH. Maternal, paternal and environmental tobacco smoking and breast feeding. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2002; 16: 236-45.
21. Tomasi E, Barros F, Victora C. As mães e suas gestações: comparação de duas coortes de base populacional no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12 (Supl 1): 21-5.
22. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jane F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 286: 322-6.
23. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*. 1996; 23: 154-60.

Recebido em 22 de dezembro de 2006

Versão final apresentada em 18 de julho de 2007

Aprovado em 12 de outubro de 2007