

Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil

Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil

La práctica en el cuidado de los recién nacidos sanos en Brasil

Maria Elisabeth Lopes Moreira ¹
 Silvana Granado Nogueira da Gama ²
 Ana Paula Esteves Pereira ²
 Antonio Augusto Moura da Silva ³
 Sônia Lansky ⁴
 Rossiclei de Souza Pinheiro ⁵
 Annelise de Carvalho Gonçalves ⁶
 Maria do Carmo Leal ¹

Abstract

The aim of this study was to evaluate the care of healthy full-term newborns and to identify variations in childbirth care and practices in the first hour of life. We used data from the Birth in Brazil survey. Unadjusted and adjusted odds ratio (OR) of hospital-delivered care for the mother and during childbirth were estimated for the following outcomes: upper airways and gastric aspiration, use of inhaled oxygen, use of incubator, skin-to-skin contact after birth, rooming-in and breastfeeding in the delivery room and within the first hour of life. We observed wide variations in the care of healthy full-term newborn in the delivery room. Practices considered inadequate, such as use of inhaled oxygen, (9.5%) aspiration of airways (71.1%) and gastric suctioning (39.7%), and the use of incubator (8.8%) were excessively used. Breastfeeding in the delivery room was low (16%), even when the Baby-Friendly Hospital Initiative had been implemented (24%). The results suggest poor knowledge and compliance by health practitioners to good clinical practice. Such noncompliance was probably not due to the differences in resources, since most births take place in hospitals where the necessary resources are available.

Newborn Infant; Medical Assistance; Child Care

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar o cuidado ao recém-nascido saudável a termo e identificar variações nesse cuidado no atendimento ao parto e na primeira hora de vida. Utilizou-se a base de dados da pesquisa Nascer no Brasil. Foram estimadas as razões de produtos cruzados OR brutas e ajustadas entre as características do hospital, maternas e de assistência ao parto com os desfechos: aspiração de vias aéreas e gástrica, uso do oxigênio inalatório, uso de incubadora, contato pele a pele, alojamento conjunto e oferta do seio materno na sala de parto e na primeira hora de vida. Foi observada grande variação das práticas usadas na assistência ao recém-nascido a termo na sala de parto. Práticas consideradas inadequadas como uso de oxigênio inalatório (9,5%), aspiração de vias aéreas (71,1%) e gástrica (39,7%) e uso de incubadora (8,8%) foram excessivamente usadas. A ida ao seio na sala de parto foi considerada baixa (16,1%), mesmo nos hospitais com título de Hospital Amigo da Criança (24%). Esses resultados sugerem baixos níveis de conhecimento e aderência às boas práticas clínicas.

Recém-Nascidos; Assistência Médica; Cuidado da Criança

¹ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil.

⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Correspondência

M. E. L. Moreira
 Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz.
 Av. Rui Barbosa 716, Rio de Janeiro, RJ 22250-020, Brasil.
 bebeth@iff.fiocruz.br

Introdução

O atendimento ao recém-nascido a termo saudável na sala de parto tem sofrido uma série de modificações nos últimos anos e um dos objetivos é diminuir o excesso de intervenções a ele aplicadas logo após o nascimento. Há evidências de que a maioria das intervenções praticadas é desnecessária e algumas delas podem ser, até mesmo, prejudiciais^{1,2,3}.

Além disto, sabe-se que o excesso de intervenções na sala de parto afeta a interação mãe/bebê. Tal interação precoce influencia a fisiologia e o comportamento de ambos. O contato corporal mãe/bebê ajuda a regular a temperatura do recém-nascido, a manutenção do equilíbrio acidobásico, o ajuste da respiração e do choro, e promove o comportamento cuidador materno⁴. Da mesma forma, o bebê pode regular – ou seja, aumentar – a atenção da mãe para suas necessidades, influenciar o início e a manutenção do aleitamento materno e estimular a liberação de hormônios do trato gastrointestinal, resultando em melhor aproveitamento de calorias ingeridas. Os efeitos de algumas dessas situações podem ainda ser detectadas meses mais tarde^{4,5}.

Portanto, tem sido recomendado que práticas dirigidas a outras questões não ligadas exclusivamente à sobrevivência precisam ser incorporadas aos cuidados de rotina do recém-nascido⁷. Essas práticas incluem clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele imediato mãe-bebê, início precoce do aleitamento materno, método canguru, entre outras. Entretanto, a utilização dessas práticas na assistência ao parto e ao recém-nascido sofre grande variação entre unidades de saúde no mundo, coexistindo ainda com desigualdades geográficas e sociais, diferenças na *expertise* médica e características demográficas dos pacientes^{8,9,10}. Tais práticas podem afetar a qualidade do cuidado ofertado, alterando os resultados neonatais imediatos e ao longo da vida^{11,12}.

A variação nas práticas adotadas no cuidado ao recém-nascido saudável tem sido discutida em várias situações, com diferentes impactos sobre a saúde do recém-nascido. Dados publicados relatam uma enorme disparidade entre a base da evidência científica atual e a prática clínica. Além disso, os clínicos podem não responder à evidência por meio de implementação de mudanças nas políticas e práticas. Isso pode ocorrer por causa da falta de conhecimento ou desacordo com as recomendações, mas especialmente por causa de barreiras locais à implantação^{10,13,14,15,16,17}.

O objetivo deste estudo foi avaliar as práticas adotadas e identificar se houve variações no

atendimento ao recém-nascido saudável a termo na sala de parto e na primeira hora de vida.

Metodologia

Nascer no Brasil é um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012¹⁸. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificado pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto por dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e o terceiro composto pelas puérperas. Em cada um dos 266 hospitais amostrados foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.940 sujeitos. Mais informações sobre o desenho amostral encontram-se detalhadas em Vasconcelos et al.¹⁹.

Na primeira fase do estudo, foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar e extraídos dados do prontuário da puérpera e do recém-nato e fotografados os cartões de pré-natal da puérpera. Entrevistas telefônicas foram realizadas antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto para a coleta de dados sobre desfechos maternos e neonatais. Informação detalhada sobre a coleta de dados é relatada em do Carmo Leal et al.¹⁸.

Neste estudo foram incluídos apenas as variações no atendimento dos recém-nascidos a termo (≥ 37 semanas de idade gestacional), com peso ao nascer ≥ 2.500 g, Apgar do 1º minuto ≥ 7 e de gravidez única. Foram critérios de exclusão nascidos de mães HIV-positivas, recém-nascido com má-formação congênita (caso presente no relato da mãe, no prontuário materno ou no prontuário do recém-nascido) e necessidade de ventilação com pressão positiva nos primeiros minutos de vida. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, a amostra atual foi de 18.639 recém-nascidos. Todas as análises levaram em consideração o desenho amostral e os números apresentados nas tabelas são valores corrigidos pelo peso amostral¹⁸.

Como o número de recém-nascidos disponíveis para esta análise foi menor do que o total da amostra, os cálculos do tamanho da amostra *post-hoc* foram realizadas. Levando-se em conta uma prevalência de 50% dos recém-nascidos que receberam uma intervenção durante o parto, e um nível de 5% de significância, a menor amostra utilizada neste artigo tinha um poder de 90% para detectar diferenças de, pelo menos, 2%.

Foram considerados dois grupos de variáveis-desfecho na atenção ao recém-nascido saudável: o primeiro grupo considerado como práticas inadequadas (aspiração de vias aéreas e gástrica, uso do oxigênio inalatório e uso de incubadora^{1,2,3}) e o segundo grupo considerado como boas práticas clínicas (contato pele a pele logo após o nascimento, oferta do seio materno na sala de parto, amamentação na primeira hora de vida e alojamento conjunto direto da sala de parto^{6,7,10}). Amamentação na primeira hora de vida, neste estudo, foi entendida como a oferta do seio materno até 59 minutos após o parto.

As variáveis independentes usadas para avaliação das variações nas práticas clínicas de atendimento ao recém-nascido saudável foram: região (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste ou Sul), localidade (capital e não capital) e Hospital Amigo da Criança (sim ou não) como características do hospital; idade materna (< 20 anos, 20-34, ≥ 35), escolaridade (menor que ensino fundamental completo, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo), cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela/indígena) e parição (primípara, 1 a 2 partos anteriores, três ou mais partos anteriores) como características maternas; acompanhante durante o parto (sim, não), tipo de parto (vaginal, cesariana) e fonte de pagamento ao parto (público ou privado) como características da assistência ao parto. Foram classificadas como parto de financiamento privado as mulheres que tiveram o seu parto em estabelecimentos exclusivamente privados, os quais foram ou pagos pelo plano ou por desembolso direto ou as com parto em estabelecimentos do SUS ou mistos cujos partos foram cobertos pelo plano de saúde. As restantes foram classificadas na categoria de parto com financiamento público.

Todas as variáveis de desfecho e independentes selecionadas foram coletadas nas informações contidas nos prontuários hospitalares e validadas pelo questionário aplicado às pacientes.

Foram realizadas análises bivariadas com as variáveis independentes e as variáveis-desfecho. Para identificar variações, foram calculadas as proporções e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para as intervenções e as boas práticas segundo as variáveis independentes. Para a análise multivariada, foram utilizados procedimentos de regressão logística. Todas as variáveis independentes foram incluídas no modelo multivariado. Foram estimadas as razões de produtos cruzados *odds ratio* (OR) ajustados (e respectivos IC95%) para todas as variáveis de exposição. Foram testadas interações entre as variáveis estudadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e nos das instituições participantes. Foram obtidos termos de consentimento livre e esclarecido de todas as puérperas participantes do estudo.

Resultados

A aspiração de vias aéreas superiores ocorreu em alto percentual, variando de 62,5%, no Nordeste, a 76,8%, no Sudeste, assim como a aspiração gástrica, que variou de 33,8%, no Nordeste, a 47,8%, no Centro-oeste. O uso de oxigênio inalatório (8,8%) e de incubadora (8,7%) também foi elevado, dadas as características de baixo risco desses recém-nascidos. As proporções das intervenções foram mais frequentes em hospitais sem o título Hospital Amigo da Criança, em partos com pagamento privado, em mulheres com maior nível de escolaridade, brancas, primíparas e que realizaram cesariana (Tabela 1).

O contato pele a pele da mãe com o recém-nascido logo após o nascimento foi mais frequente na Região Sul (32,5%), assim como a oferta do seio materno na sala de parto (22,4%). Porém, as proporções de oferta do seio na sala de parto ainda são baixas em todas as regiões do Brasil (16,1%), sendo a menor proporção encontrada na Região Nordeste (11,5%). Nos hospitais com o título Amigo da Criança, a ida ao seio na sala de parto foi significativamente maior, mas ainda baixa (24%). O afastamento do bebê da mãe também variou significativamente entre as regiões do Brasil. Na Região Norte, 87,3% dos recém-nascidos foram encaminhados ao alojamento conjunto com a mãe, enquanto na Região Sudeste esse valor foi de apenas 61,4%. Os recém-nascidos de parto vaginal e em estabelecimentos do SUS apresentaram chance significativamente menor para o afastamento da mãe após o parto, o mesmo ocorrendo para as adolescentes, para as mulheres menos escolarizadas, indígenas e múltiparas e para aqueles que nasceram em hospitais de capital e nos que possuíam o título Hospital Amigo da Criança (Tabela 2).

Na análise ajustada, a Região Nordeste permaneceu como fator de proteção para a realização da aspiração de vias aéreas superiores. Já a aspiração gástrica foi menos frequente nos municípios do interior. O uso do O₂ inalatório foi menos frequente nas regiões Norte e Nordeste e nos recém-nascidos de partos vaginais. Permaneceram associadas a menor uso de incubadora a Região Centro-oeste, parto vaginal e parto com pagamento público (Tabela 3).

Tabela 1

Intervenções consideradas inadequadas realizadas em recém-nascidos saudáveis segundo características sociodemográficas: análise bivariada.
Brasil, 2011-2012.

	Aspiração de vias aéreas superiores			Aspiração gástrica			O2 inalatório			Uso de incubadora			Total n *
	n *	%	IC95%	n *	%	IC95%	n *	%	IC95%	n *	%	IC95%	
Região													
Norte	1.226	72,5	59,8-82,4	595	35,2	24,1-48,0	71	4,2	2,8-6,2	100	5,9	1,9-17,0	1.692
Nordeste	3.276	62,5	51,8-71,9	1.775	33,8	25,0-44,0	282	5,4	3,8-7,6	268	5,1	2,4-10,5	5.246
Sudeste	6.233	76,8	70,3-82,3	3.529	43,5	36,0-51,3	1.004	12,4	9,3-16,3	796	9,8	6,7-14,2	8.112
Sul	1.729	72,1	61,5-80,7	890	37,1	26,5-49,0	174	7,3	5,2-10,1	423	17,6	8,8-32,3	2.399
Centro-oeste	770	64,7	49,7-77,3	568	47,8	32,1-63,8	108	9,1	5,8-14,1	32	2,7	1,7-4,3	1.190
Localidade													
Capital	4.786	71,4	63-78,4	3.157	47,1	38,1-56,2	544	8,1	5,8-11,2	467	7,0	4,6-10,4	6.707
Não capital	8.448	70,8	65,4-75,7	4.200	35,2	29,9-40,9	1.096	9,2	7,3-11,4	1.152	9,7	6,6-13,9	11.932
Iniciativa Hospital Amigo da Criança													
Não	7.961	70,2	64,4-75,5	4.280	37,8	31,8-44,0	1.083	9,6	7,4-12,3	1.198	10,6	7,2-15,2	11.335
Sim	5.273	72,2	64,6-78,7	3.077	42,1	35,1-49,5	556	7,6	5,9-9,8	421	5,8	3,8-8,6	7.304
Idade materna (anos)													
10-19	2.388	69,0	63,9-73,7	1.285	37,1	31,8-42,8	265	7,7	6,2-9,4	220	6,4	4,7-8,5	3.460
20-34	9.506	71,4	66,8-75,6	5.374	40,4	35,6-45,3	1.209	9,1	7,5-11	1.191	9,0	6,6-12,0	13.312
≥ 35	1.339	71,7	66,1-76,8	698	37,4	32,1-43,1	166	8,9	6,7-11,7	207	11,1	7,4-16,4	1.866
Escolaridade materna (anos de estudo)													
≤ 7	3.282	68,7	63,3-73,6	1.836	38,4	32,7-44,6	326	6,8	5,4-8,5	325	6,8	4,9-9,4	4.778
8-10	3.353	70,5	65,4-75,1	1.870	39,3	34,1-44,7	399	8,4	6,6-10,6	356	7,5	5,4-10,3	4.757
11-14	5.301	72,5	67,6-76,9	2.962	40,5	35,2-46,0	738	10,1	8,2-12,3	693	9,5	6,8-13	7.311
≥ 15	1.247	72,9	64,5-79,9	667	39,0	31,7-46,7	171	10,0	7,7-13,0	241	14,1	8,7-22,2	1.711
Cor da pele autorreferida													
Branca	4.704	73,4	68,5-77,8	2.519	39,3	34,0-44,8	614	9,6	7,7-11,8	768	12,0	8,5-16,7	6.412
Preta	1.089	69,2	62,1-75,2	618	39,2	32,4-46,4	137	8,7	6,6-11,4	120	7,6	5,3-10,8	1.574
Parda	7.219	69,7	64,6-74,3	4.101	39,6	34,5-44,9	853	8,2	6,7-10,0	711	6,9	5,0-9,3	10.362
Amarela	160	76,8	67,3-84,2	93	44,5	34,4-55,0	29	14,1	7,5-25,1	18	8,7	3,8-18,4	208
Indígena	60	73,8	54,9-86,7	26	31,9	20,9-45,3	5	5,8	2,1-14,6	2	2,2	0,5-8,9	81
Número de partos anteriores													
0	6.141	71,4	66,6-75,7	3.379	39,3	34,4-44,3	798	9,3	7,6-11,3	807	9,4	6,9-12,6	8.601
1-2	5.832	71,3	66,7-75,4	3.267	39,9	35,1-44,9	707	8,6	7,0-10,6	696	8,5	6,2-11,6	8.186
≥ 3	1.261	68,1	61,9-73,7	711	38,4	32,0-45,1	134	7,3	5,6-9,3	116	6,3	4,5-8,7	1.852
Acompanhante na sala de parto													
Não	8.659	70,7	65,5-75,4	4.775	39,0	33,6-44,6	978	8,0	6,6-9,7	996	8,1	5,8-11,3	12.244
Sim	4.571	71,5	65,8-76,6	2.581	40,4	34,6-46,4	660	10,3	7,9-13,4	622	9,7	6,6-14,1	6.390
Tipo de parto													
Vaginal	6.324	69,6	64,6-74,2	3.522	38,8	33,2-44,6	580	6,4	5,0-8,1	495	5,5	4,0-7,4,0	9.082
Cesariana	6.911	72,3	67-77	3.835	40,1	35,2-45,3	1.060	11,1	9,1-13,4	1.124	11,8	8,5-16,1	9.557
Fonte de pagamento do parto													
Público	10.479	71,1	66,2-75,6	5.826	39,6	34,2-45,1	1.205	8,2	6,5-10,2	976	6,6	4,8-9,1	14.731
Privado	2.756	70,5	60,7-78,8	1.530	39,2	31,9-46,9	435	11,1	8,9-13,8	643	16,5	10,2-25,5	3.908
Brasil	13.234	71,0	66,5-75,1	7.357	39,5	34,8-44,4	1.640	8,8	7,3-10,6	1.619	8,7	6,5-11,6	18.639

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Valores corrigidos pelo peso amostral.

Tabela 2

Boas práticas realizadas em recém-nascidos saudáveis segundo características sociodemográficas: análise bivariada. Brasil, 2011-2012.

	Contato pele a pele logo após o nascimento			Ofereceu o seio materno na sala de parto			Alojamento conjunto			Mamou na 1ª hora de vida			Total n *
	n *	%	IC95%	n *	%	IC95%	n *	%	IC95%	n *	%	IC95%	
Região													
Norte	469	27,9	20,6-36,5	212	12,5	6,7-22,2	1.477	87,3	80,7-92,1	980	57,9	52,7-63,2	1.692
Nordeste	1.510	28,8	24-34,2	603	11,5	8,1-16,1	3.744	71,4	64,8-77,5	2.167	41,3	37,6-45,3	5.246
Sudeste	2.175	26,9	22,6-31,6	1.463	18,1	13,1-24,5	4.977	61,4	53,3-69,0	3.393	41,8	36,5-47,6	8.112
Sul	780	32,5	26,5-39,2	538	22,5	15,6-31,3	1.801	75,1	61,4-85,1	1.161	48,4	40,2-56,8	2.399
Centro-oeste	302	25,5	17,9-34,9	187	15,8	9,9-24,2	854	71,8	58,0-82,4	599	50,4	44,0-57,0	1.190
Localidade													
Capital	2.343	35,0	29,6-40,8	1.350	20,1	14,6-27,1	5.053	75,4	68,4-81,3	3.009	44,9	40,6-49,4	6.698
Não capital	2.893	24,3	21,6-27,2	1.653	13,9	11,2-17,2	7.800	65,5	60,0-70,6	5.291	44,5	40,7-48,3	11.908
Iniciativa Hospital Amigo da Criança													
Não	2.456	21,7	19,0-24,7	1.253	11,1	7,5-16,1	6.590	58,1	51,6-64,6	4.208	37,1	33,2-41,4	11.335
Sim	2.780	38,1	33,6-42,9	1.751	24,0	20,0-28,6	6.263	85,8	82,0-89,1	4.092	56,0	52,7-59,7	7.304
Idade materna (anos)													
10-19	985	28,5	25,1-32,2	558	16,1	12,7-20,3	2.573	74,4	70,2-78,5	1.770	51,2	47,7-54,9	3.460
20-34	3.745	28,2	25,4-31,1	2.176	16,4	13,4-19,8	9.108	68,4	64,0-72,7	5.879	44,2	41,1-47,4	13.312
≥ 35	506	27,2	23,8-30,9	270	14,5	12,1-17,4	1.171	62,8	57,2-68,3	651	34,9	31,6-38,6	1.866
Escolaridade materna (em anos de estudo)													
≤ 7	1.489	31,2	27,6-35,1	778	16,3	13,5-19,5	3.541	74,1	70,0-78,2	2.446	51,2	48,2-54,4	4.778
8-10	1.332	28,0	24,8-31,5	801	16,8	13,3-21,1	3.444	72,4	67,8-76,6	2.304	48,4	45,1-51,9	4.757
11-14	1.902	26,1	23,5-28,8	1.186	16,3	12,9-20,3	4.882	66,8	61,5-71,9	3.022	41,3	37,9-45,2	7.311
≥ 15	491	28,7	23,2-35,1	228	13,3	9,6-18,2	938	54,8	46,3-63,2	496	29,0	24,6-33,9	1.711
Cor da pele autorreferida													
Branca	1.781	27,8	24,9-31,0	1.121	17,5	14,0-21,7	4.146	64,7	59,1-70,1	2.619	40,8	36,9-45,1	6.412
Preta	418	26,5	21,7-31,9	285	18,1	12,9-24,9	1.120	71,1	65-76,7	787	50,0	45,3-55,0	1.574
Parda	2.934	28,4	25,2-31,8	1.532	14,8	12,2-17,9	7.366	71,1	66,9-75,1	4.738	45,7	42,9-48,7	10.362
Amarela	61	29,3	22,4-37,3	36	17,3	11,0-26,1	156	75,0	66,9-81,7	100	48,0	37,4-58,8	208
Indígena	40	50,0	34,3-65,6	28	34,8	17,0-58,3	64	78,7	60,1-90,0	55	67,4	50,4-80,8	81
Número de partos anteriores													
0	2.328	27,1	24,2-30,3	1.289	15,0	12,0-18,6	5.803	67,5	62,7-72,1	3.594	41,8	38,6-45,2	8.601
1-2	2.352	28,8	26,1-31,7	1.380	16,9	13,9-20,4	5.660	69,1	64,9-73,3	3.739	45,7	42,7-49,0	8.186
≥ 3	555	30,1	25,6-34,9	334	18,0	14,7-21,9	1.390	75,1	70,7-79,2	966	52,2	48,3-56,0	1.852
Acompanhante na sala de parto													
Não	2.867	23,5	21,0-26,1	1.453	11,9	9,7-14,4	8.310	67,9	63,5-72,2	5.354	43,7	40,6-47,1	12.244
Sim	2.366	37,1	32,3-42,1	1.549	24,3	20,1-29,0	4.538	71,0	64,5-76,9	2.944	46,1	42,1-50,3	6.390
Tipo de parto													
Vaginal	3.799	41,9	37,9-45,9	2.066	22,8	18,3-28,0	7.124	78,4	73,8-82,6	5.376	59,2	55,8-62,7	9.082
Cesariana	1.436	15,1	13,0-17,5	937	9,8	7,9-12,1	5.729	60,0	55,1-64,9	2.923	30,6	27,7-33,8	9.557
Fonte de pagamento do parto													
Público	4.271	29,1	26,0-32,3	2.530	17,2	14,1-20,8	10.848	73,6	69,4-77,7	7.313	49,6	46,5-52,9	14.731
Privado	965	24,8	20,7-29,3	473	12,1	8,8-16,6	2.005	51,3	42,1-60,6	987	25,3	20,8-30,5	3.908
Brasil	5.235	28,2	25,5-31,0	3.003	16,1	13,3-19,4	12.853	69,0	64,7-73,1	8.300	44,5	41,7-47,6	18.639

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Valores corrigidos pelo peso amostral.

Tabela 3

Regressão logística multivariada para intervenções realizadas em recém-nascidos saudáveis. Brasil, 2011-2012.

Variáveis predictoras	Aspiração de vias aéreas superiores OR (IC95%)	Aspiração gástrica OR (IC95%)	O2 inalatório OR (IC95%)	Uso de incubadora OR (IC95%)
Características do hospital				
Região				
Norte	0,77 (0,38-1,54)	0,61 (0,31-1,19)	0,33 (0,20-0,57) *	0,73 (0,22-2,38)
Nordeste	0,47 (0,27-0,83) *	0,6 (0,35-1,03)	0,44 (0,27-0,67) *	0,53 (0,21-1,33)
Sudeste	1,00	1,00	1,00	1,00
Sul	0,72 (0,40-1,30)	0,77 (0,42-1,41)	0,56 (0,35-0,91)	2,04 (0,77-5,39)
Centro-oeste	0,50 (0,24-1,02)	0,96 (0,44-2,07)	0,71 (0,40-1,28)	0,27 (0,14-0,50) *
Localidade				
Capital	1,00	1,00	1,00	1,00
Não capital	0,96 (0,61-1,52)	0,61 (0,38-0,98) *	1,08 (0,68-1,71)	1,14 (0,62-2,1)
Iniciativa Hospital Amigo da Criança				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,79 (0,52-1,21)	0,86 (0,56-1,32)	1,00 (0,64-1,55)	1,41 (0,72-2,74)
Características da puérpera				
Idade materna em(anos)				
10-19	0,91 (0,8-1,04)	0,9 (0,79-1,02)	1,00 (0,83-1,22)	0,87 (0,71-1,06)
20-34	1,00	1,00	1,00	1,00
≥ 35	1,06 (0,89-1,25)	0,87 (0,76-1,01)	0,93 (0,74-1,16)	1,05 (0,83-1,34)
Escolaridade materna (em anos de estudo)				
≤ 7	0,82 (0,59-1,14)	1,03 (0,78-1,37)	0,97 (0,65-1,43)	1,18 (0,74-1,89)
8-10	0,80 (0,58-1,11)	0,97 (0,74-1,27)	1,05 (0,73-1,51)	1,08 (0,78-1,49)
11-14	0,87 (0,64-1,17)	1,00 (0,78-1,27)	1,12 (0,84-1,48)	0,99 (0,72-1,36)
≥ 15	1,00			
Cor da pele autorreferida				
Branca	1,00	1,00	1,00	1,00
Preta	0,86 (0,68-1,09)	0,97 (0,77-1,23)	1,08 (0,83-1,41)	1,00 (0,71-1,42)
Parda	0,93 (0,78-1,10)	1,06 (0,91-1,22)	1,07 (0,90-1,28)	0,88 (0,68-1,14)
Amarela	1,26 (0,81-1,95)	1,22 (0,82-1,82)	1,76 (0,92-3,35)	1,04 (0,49-2,22)
Indígena	1,23 (0,50-3,00)	0,75 (0,42-1,32)	0,91 (0,30-2,73)	0,34 (0,08-1,57)
Número de partos anteriores				
0	1,04 (0,94-1,15)	0,99 (0,89-1,10)	1,03 (0,90-1,19)	1,12 (0,98-1,29)
1-2	1,00	1,00	1,00	1,00
≥ 3	0,87 (0,71-1,07)	0,96 (0,79-1,17)	1,02 (0,79-1,33)	0,90 (0,68-1,19)
Características da assistência ao parto				
Acompanhante na sala de parto				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,87 (0,65-1,17)	0,89 (0,67-1,18)	1,14 (0,83-1,56)	0,78 (0,55-1,12)
Tipo de parto				
Vaginal	0,86 (0,72-1,02)	0,91 (0,75-1,10)	0,53 (0,44-0,65) *	0,58 (0,47-0,72) *
Cesariana	1,00	1,00	1,00	1,00
Fonte de pagamento do parto				
Público	1,14 (0,67-1,96)	1,03 (0,68-1,53)	1,03 (0,66-1,58)	0,48 (0,26-0,88) *
Privado	1,00	1,00	1,00	1,00

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: odds ratio.

* Valor de p < 0,05.

Após o ajuste para confundimento, as variáveis que se relacionaram significativamente ao maior contato pele a pele da mãe com o recém-nascido logo após o nascimento foram: nascer em hospitais com título Hospital Amigo da Criança, ter tido acompanhante durante o parto e parto vaginal. As mulheres com parto no interior, com menor escolaridade e com parto com pagamento público tiveram menos chance de contato pele a pele precoce. Em relação à oferta do seio materno na sala de parto mantiveram-se associadas a essa variável: nascer em hospital com título Hospital Amigo da Criança, ter tido acompanhante durante o parto e parto vaginal. Já as mulheres da região Nordeste ofereceram menos o seio para o recém-nascido na sala de parto. Em relação à ida do recém-nascido para o alojamento conjunto com as mães, ela foi maior no Norte do país. Também se mantiveram associadas a tal desfecho ter nascido em hospital com Iniciativa Hospital Amigo da Criança implantada, ter tido acompanhante durante o parto, parto vaginal e pagamento público do parto (Tabela 4). As variáveis associadas à maior chance de amamentação na 1ª hora de vida foram nascer na região Norte ou Centro-oeste, em hospitais com título Hospital Amigo da Criança, ter tido acompanhante durante o parto, parto vaginal e parto financiado pelo SUS. Já as mulheres com 35 anos ou mais e primíparas amamentaram menos na 1ª hora de vida (Tabela 4).

Foram testadas interações entre as variáveis, e a única interação encontrada para os desfechos foi o título de Hospital Amigo da Criança em partos com pagamento privado nas variáveis amamentação na primeira hora de vida e contato pele a pele precoce.

Discussão

Observou-se ainda no Brasil grande variação entre as práticas usadas na assistência ao recém-nascido saudável na sala de parto. Práticas julgadas inadequadas ainda foram muito empregadas e outras consideradas como boas práticas ainda não foram incorporadas. Variações em práticas médicas têm sido descritas desde 1938, quando Glover²⁰ descreveu diferenças nas taxas de tonsilectomia em diferentes regiões geográficas no Reino Unido. Estudos iniciados por Wennberg & Gittelson, na década de 70, abordam a existência de variações em práticas médicas para diferentes procedimentos cirúrgicos e mesmo após ajuste para idade, renda, prevalência da doença, características demográficas dos pacientes, as variações persistiram para muitas práticas e terapias^{15,16,17}. Na área neonatal, a presença de

variações nas práticas usadas na assistência ao recém-nascido também é verificada em várias práticas comumente utilizadas^{21,22,23,24}, além das estudadas.

Desde 2010, o uso de oxigênio na sala de parto em recém-nascidos saudáveis vem sendo avaliado como inadequado e, apesar disso, eles ainda recebem tal procedimento. O mesmo vem acontecendo em relação à aspiração de vias aéreas superiores e gástrica. Os protocolos clínicos baseados nas melhores evidências disponíveis recomendam que recém-nascidos saudáveis devam ser assistidos junto de suas mães e não necessitam desses procedimentos¹. Apesar disso, encontramos neste estudo altas proporções de utilização dessas práticas (uso de oxigênio, aspiração de vias aéreas e gástricas) em um grupo de recém-nascidos que delas não necessitariam. Essas proporções são altas em todas as regiões do país e ocorrem independentemente do tipo de pagamento do parto. Na análise ajustada, a Região Nordeste aparece como fator de proteção para a aspiração de vias aéreas, o parto fora da capital como fator de proteção para a aspiração gástrica e as regiões Norte e Nordeste e o parto vaginal como fatores de proteção para o uso de oxigênio inalatório. Os outros fatores de exposição estudados não foram associados significativamente com essas práticas, demonstrando que, provavelmente, são práticas disseminadas e que há, ainda, grande desconhecimento sobre as novas evidências disponíveis.

Por muitos anos, os treinamentos de recursos humanos para assistência na sala de parto recomendavam essas práticas, que ainda se apresentam amplamente nas condutas em sala de parto. Desincorporar técnicas e tecnologias dominantes, largamente praticadas, mostra-se difícil, assim como mudar comportamentos e práticas de profissionais de saúde^{16,17}. As razões para a não aderência a boas práticas não foi objetivo deste estudo. Todavia, a não aderência se mostrou alta e não justificada por questões estruturais, como acontece na maioria dos estudos sobre qualidade do cuidado^{25,26}.

Variações nas práticas médicas vêm sendo atribuídas a vários fatores, entre eles, à opção médica individual, conhecida como “estilo de prática”²⁷. No entanto, outros fatores podem contribuir para essas variações, como características dos pacientes, contexto socioeconômico, questões culturais, de liderança, entre outras^{28,29}. Neste estudo, por exemplo, o parto vaginal aparece de forma significativa como fator de proteção para o uso de oxigênio inalatório, assim como nascer nas regiões Norte e Nordeste. Dessa forma, o “estilo de prática” não responderia sozinho pelas variações. O uso de incubadora e a consequente

Tabela 4

Regressão logística multivariada para boas práticas realizadas em recém-nascidos saudáveis. Brasil, 2011-2012.

	Contato pele a pele logo após o nascimento OR (IC95%)	Ofereceu o seio na sala de parto OR (IC95%)	Alojamento conjunto OR (IC95%)	Mamou na 1ª hora de vida OR (IC95%)
Características do hospital				
Região				
Norte	1,12 (0,69-1,81)	0,66 (0,31-1,40)	4,14 (2,12-8,11) *	1,88 (1,33-2,66) *
Nordeste	1,17 (0,83-1,66)	0,61 (0,39-0,96) *	1,49 (0,92-2,40)	0,92 (0,70-1,22)
Sudeste	1,00	1,00	1,00	1,00
Sul	1,23 (0,87-1,74)	1,12 (0,67-1,87)	1,65 (0,82-3,34)	1,20 (0,80-1,80)
Centro-oeste	0,95 (0,6-1,5)	0,87 (0,40-1,88)	1,39 (0,60-3,23)	1,61 (1,06-2,43) *
Localidade				
Capital	1,00	1,00	1,00	1,00
Não capital	0,76 (0,58-0,99) *	0,85 (0,50-1,43)	0,85 (0,50-1,44)	1,28 (0,97-1,69)
Iniciativa Hospital Amigo da Criança				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,85 (1,44-2,39) *	2,16 (1,28-3,64) *	3,04 (1,95-4,74) *	1,70 (1,33-2,20) *
Características da puérpera				
Idade (anos)				
10-19	0,81 (0,69-0,96)	1,08 (0,74-1,57)	1,07 (0,94-1,21)	1,08 (0,95-1,25)
20-34	1,00	1,00	1,00	1,00
≥ 35	1,09 (0,92-1,31)	0,93 (0,77-1,13)	0,95 (0,83-1,10)	0,81 (0,71-0,93) *
Escolaridade materna (em anos de estudo)				
≤ 7	0,69 (0,52-0,92) *	0,95 (0,77-1,17)	1,06 (0,77-1,46)	1,03 (0,81-1,3)
8-10	0,7 (0,52-0,93)	0,92 (0,63-1,33)	1,08 (0,81-1,43)	0,98 (0,79-1,21)
11-14	0,73 (0,56-0,95)	0,91 (0,64-1,29)	1,13 (0,85-1,51)	1,01 (0,83-1,23)
≥ 15				1,00
Cor da pele autorreferida				
Branca	1,00	1,00	1,00	1,00
Preta	0,82 (0,63-1,07)	1,01 (0,72-1,41)	1,02 (0,77-1,36)	1,17 (0,94-1,46)
Parda	0,96 (0,82-1,13)	1,04 (0,79-1,36)	1,02 (0,87-1,20)	0,98 (0,86-1,12)
Amarela	0,95 (0,64-1,41)	0,85 (0,73-1,00)	1,27 (0,82-1,96)	1,11 (0,75-1,63)
Indígena	1,59 (0,92-2,75)	2,02 (0,86-4,71)	0,96 (0,34-2,67)	1,76 (0,86-3,61)
Número de partos anteriores				
0	1,03 (0,89-1,18)	0,88 (0,76-1,03)	0,95 (0,84-1,06)	0,88 (0,78-0,98) *
1-2	1,00	1,00	1,00	1,00
≥ 3	0,87 (0,71-1,06)	1,05 (0,85-1,28)	1,02 (0,85-1,22)	1,01 (0,85-1,19)
Características da assistência ao parto				
Acompanhante na sala de parto				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,72 (1,35-2,23) *	2,11 (1,70-2,62) *	1,61 (1,23-2,13) *	1,41 (1,19-1,65) *
Tipo de parto				
Vaginal	4,89 (4,02-5,98) *	2,45 (1,80-3,32) *	1,82 (1,43-2,31) *	2,64 (2,25-3,10) *
Cesariana	1,00	1,00	1,00	1,00
Fonte de pagamento do parto				
Público	0,64 (0,49-0,83) *	1,07 (0,74-1,57)	1,66 (1,11-2,50) *	1,67 (1,27-2,20) *
Privado	1,00	1,00	1,00	1,00

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: odds ratio.

* Valor p < 0,05.

separação mãe-bebê também foram observados em proporção alta, sendo muito mais frequentes em regiões e populações em que o poder aquisitivo é maior, evidenciando que há uma contradição entre o acesso às melhores práticas e as classes econômicas, ou seja, quanto maior o poder aquisitivo maior foi o uso de práticas não recomendadas. O tipo de parto também contribuiu significativamente para a separação mãe-bebê: o parto vaginal demonstrou efeito protetor.

Outra questão é a oportunidade de ir ao seio materno na sala de parto e o contato com o bebê na primeira hora de vida. Novamente, o tipo de parto exerceu influência significativa no uso desta prática. Os recém-nascidos que nasceram de parto vaginal apresentaram maior chance de serem amamentados na sala de parto, assim como os recém-nascidos cujas mães tinham acompanhante na sala de parto e aqueles que nasceram em hospitais com título de Hospital Amigo da Criança. Houve variação nessa prática, de 9,8% a 22,8%, nas proporções de amamentação na sala de parto, considerando o tipo de parto, e de 11,9% a 24,3%, considerando a presença de acompanhante na sala de parto. A idade materna, parição, nível de escolaridade e a fonte de pagamento do parto não influenciaram em tal prática. Outros autores também encontraram forte associação entre o tipo de parto e a oportunidade de ir ao seio materno na sala de parto^{30,31}. Todavia, diferentemente do estudo do Boccolini et al.³⁰, neste estudo não foi encontrada diferença nessa variável em relação ao tipo de pagamento (público ou privado). Há uma diferença de dez anos entre a coleta de dados do nosso estudo e o de Boccolini³¹, apontando uma provável melhora dessa prática no Brasil, seguindo as recomendações do 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança³³.

O passo 4 do processo de implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança é considerado cumprido quando ocorre o contato pele a pele entre o recém-nascido e sua mãe na primeira meia hora de vida e a amamentação na primeira hora após o parto³². Neste estudo, apesar do contato pele a pele relatado ter sido em torno de 28% em todo o Brasil, as proporções de amamentação na sala de parto foram baixas, variando de 11,5% a 22,4% entre as regiões do país. A Região Sul é a região com maiores índices de amamentação na sala de parto (22,4%). O Nordeste é a região do país com a maior frequência de hospitais com leitos obstétricos do SUS credenciados pela iniciativa Hospital Amigo da criança³² e se associou com a não oferta do seio materno na sala de parto. Esse achado foi inesperado em nosso estudo porque nascer em hospitais com título de Hospital Amigo da Criança foi fator de proteção

significativo para a oferta do seio na sala de parto. Apenas 41,3% dos recém-nascidos saudáveis no Nordeste foram amamentados na primeira hora de vida, ou seja, além de não mamar na sala de parto, o recém-nascido também foi privado do seio materno durante toda a primeira hora de vida. Esses resultados também são diferentes dos encontrados na *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde*, em 2006 (PNDS-2006)³³. Embora a metodologia de coleta tenha sido diferente, na PNDS foi observada proporção de 43% de recém-nascidos amamentados na primeira hora, com vantagem para o interior e regiões Norte e Nordeste do país³³.

As variáveis que se apresentaram significativamente associadas ao uso de boas práticas na sala de parto após ajuste para confundimento foram parto vaginal, nascer em hospital com título de Hospital Amigo da Criança e ter acompanhante na sala de parto. O parto vaginal aparece em nosso estudo como protetor para a maioria das boas práticas estudadas: contato pele a pele precoce, oferta do seio materno na sala de parto, amamentação na primeira hora de vida e ida para o alojamento conjunto com a mãe. Nascer em hospitais com título de Amigo da Criança também foi fator protetor para o uso das boas práticas relacionadas ao contato pele a pele e amamentação na análise ajustada. Em 2009, o conjunto de recomendações da iniciativa Hospital Amigo da Criança foi revisado pela Organização Mundial de Saúde e a elas foram acrescentadas abordagens mais abrangentes relativas às boas práticas endereçadas também à mãe³⁴. Alguns estudos têm demonstrado a associação entre a existência de hospitais com o título de Amigo da Criança e menores proporções de cesárea^{35,36}. Portanto, a via de parto (vaginal) e o nascimento em Hospitais Amigo da Criança devem exercer juntos um efeito protetor na exposição do recém-nascido às boas práticas. O pagamento público do parto também oferece papel protetor para ida ao alojamento conjunto e oferecer seio na primeira hora de vida, mas não para o contato pele a pele e a oferta do seio na sala de parto.

Uma das limitações deste estudo é o fato de ele não ter permitido a análise das razões para a não aderência a boas práticas e nem ter explicado todas as variações nas práticas clínicas. Outra seria que, apesar de termos observado interação entre ter tido parto em Hospital Amigo da Criança e o pagamento privado do parto, dentre todos os hospitais amostrados, apenas um obedecia a esse critério e o ele possui um modelo de atenção distinto com metas associadas à incorporação de boas práticas na atenção ao parto e, nesse caso, provavelmente o ambiente favoreceu uma maior incorporação de boas práticas.

Concluindo, no Brasil, onde a maioria dos partos é hospitalar, observa-se, grande variação no cuidado rotineiro do recém-nascido saudável logo após o nascimento. Os resultados deste estudo evidenciam que as novas diretrizes para atendimento ao recém-nascido saudável não fo-

ram incorporadas à prática clínica. A não aderência talvez não se tenha dado por diferenças na disponibilidade de recursos, uma vez que os partos aconteceram em hospitais onde tais recursos estavam disponíveis.

Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar el cuidado de los recién nacidos sanos y determinar si existen desigualdades en la prestación de servicios y durante la primera hora de vida. Se utilizó la base de datos de la encuesta Nacer en Brasil. Las ratios se estimaron a través del producto odds ratio (OR) y se realizó un ajuste bruto entre las características del hospital, la madre y la atención del nacimiento con los siguientes resultados: aspiración gástrica y de las vías respiratorias, uso de oxígeno inhalado, incubadora, contacto piel con piel, alojamiento conjunto y ofrecer lactancia materna en la sala de partos y en la primera hora de vida. Existe una alta variación de las prácticas utilizadas en el cuidado del recién nacido. Prácticas consideradas inapropiadas, como el uso de oxígeno inhalado (9,5%), aspiración vías respiratorias (71,1%) y gástrica (39,7%) y el uso de incubadora (8,8%) fueron altos. La lactancia materna en la sala de partos fue baja (16,1%), hasta en los hospitales especializados en la atención a niños (24%). Los resultados sugieren bajos niveles de la adhesión a las buenas prácticas.

Recién Nacido; Asistencia Médica; Cuidado da Criança

Colaboradores

M. E. L. Moreira, S. G. N. Gama, A. A. M. Silva, S. Lansky e M. C. Leal participaram da concepção, análise e interpretação dos dados, da redação e aprovação da versão final do artigo. A. P. E. Pereira e R. S. Pinheiro colaboraram na análise e interpretação dos dados, e redação do artigo e aprovação da sua versão final. A. C. Gonçalves contribuiu na interpretação dos dados e redação e aprovação da versão final do artigo.

Agradecimentos

Aos coordenadores regionais e estaduais, supervisores, entrevistadores e equipe técnica do estudo, e às mães participantes que tornaram este estudo possível.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA); e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Referências

1. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP, et al. Part 11: Neonatal resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation* 2010; 19:122(16 Suppl 2):S516-38.
2. Kiremitci S, Tuzun F, Yesilirmak DC, Kumral A, Duman N, Ozkan H. Is gastric aspiration needed for newborn management in delivery room? *Resuscitation* 2011; 82:40-4.
3. Aguilar AM, Vain NE. The suctioning in the delivery room debate. *Early Hum Dev* 2011; 87 Suppl 1:S13-5.
4. Winberg J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior- a selective review. *Dev Psychobiol* 2005; 47:217-29.
5. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1999.
6. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3):CD003519.
7. Organização Pan-Americana da Saúde Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde das mães e crianças. Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.
8. do Carmo ML, Gama SG, Cunha CB. Desigualdades sociodemográficas e suas consequências sobre o peso do recém-nascido. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:466-73.
9. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
10. Luna MS, Alonso CR, Mussons FB, Urcelay IE, Conde JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)* 2009; 71:349-61.
11. Belizán JM, Cafferata ML, Belizán M, Althabe F. Health inequality in Latin America. *Lancet* 2007; 370:1599-600.
12. Hill Z, Tawiah-Agyemang C, Manu A, Okyere E, Kirkwood BR. Keeping newborns warm: beliefs, practices and potential for behaviour change in rural Ghana. *Trop Med Int Health* 2010; 15: 1118-24.
13. Acolet D. Quality of neonatal care and outcome. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2008; 93:F69-73.
14. Soll RF. Evaluating the medical evidence for quality improvement. *Clin Perinatol* 2010; 37:11-28.
15. Wennberg JE, Wennburg JE. Practice variations and the challenge to leadership. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996; 21:910-6.
16. Wennberg J, Gittelsohn. Small area variations in health care delivery. *Science* 1973; 182:1102-8.
17. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282:1458-65.
18. do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9:15.
19. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra *Nascer no Brasil*: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad de Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S49-58.
20. Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proc R Soc Med* 1938; 31:1219-36.
21. Abu Jawdeh EG, O'Riordan M, Limrungsikul A, Bandyopadhyay A, Argus BM, Nakad PE, et al. Methylxanthine use for apnea of prematurity among an international cohort of neonatologists. *J Neonatal Perinatal Med* 2013; 6:251-6.
22. Wibaut B, Saliba E, Rakza T, Lassale B, Hubert H, Wiel E. Enquête nationale sur les pratiques transfusionnelles pendant la période néonatale en vue de l'élaboration de recommandations selon la méthodologie de la Haute Autorité de santé. *Transfus Clin Biol* 2012; 19:145-7.
23. Aliaga S, Price W, McCaffrey M, Ivester T, Boggess K, Tolleson-Rinehart S. Practice variation in late-preterm deliveries: a physician survey. *J Perinatol* 2013; 33:347-51.
24. Ersdal HL, Vossius C, Bayo E, Mduma E, Perlman J, Lippert A, et al. A one-day "Helping Babies Breathe" course improves simulated performance but not clinical management of neonates. *Resuscitation* 2013; 84:1422-7.
25. McKeever J, Fleur RS. Overcoming barriers to Baby-Friendly status: one hospital's experience. *J Hum Lact* 2012; 28:312-4.
26. Pitchforth E, Lilford RJ, Kebede Y, Asres G, Stanford C, Frost J. Assessing and understanding quality of care in a labour ward: a pilot study combining clinical and social science perspectives in Gondar, Ethiopia. *Soc Sci Med* 2010; 71:1739-48.
27. Mercuri M, Gafni A. Medical practice variations: what the literature tells us (or does not) about what are warranted and unwarranted variations. *J Eval Clin Pract* 2011; 17:671-7.
28. Davis P, Gribben B, Lay-Yee R, Scott A. How much variation in clinical activity is there between general practitioners? A multi-level analysis of decision-making in primary care. *J Health Serv Res Policy* 2002; 7:202-8.
29. Stano M. Evaluating the policy role of the small area variations and physician practice style hypotheses. *Health Policy* 1993; 24:9-17.
30. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI, Vasconcellos AG. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Rev Saúde Pública* 2011; 45: 69-78.
31. Parry JE, Ip DK, Chau PY, Wu KM, Tarrant M. Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact* 2013; 29:527-36.

32. Araújo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da iniciativa hospital amigo da criança no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 22:91-9.
33. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
34. World Health organization, United Nations Children's Fund. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for integrated Care. 2009 http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s4.pdf (acessado em 30/Jun/2013).
35. Di Mario S, Cattaneo A, Gagliotti C, Voci C, Basevi V. Baby-Friendly Hospitals and Cesarean Section Rate: A Survey of Italian Hospitals. *Breastfeed Med.* 2013; 8:1-6.
36. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* 2012; 95:1113-35.

Recebido em 13/Ago/2013

Versão final reapresentada em 24/Mar/2014

Aprovado em 28/Mar/2014