

# Profissional que assistiu o parto e amamentação na primeira hora de vida

*Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life*  
*Profesional que asistió al parto y amamantamiento en la primera hora de vida*

**Laís Araújo Tavares Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6517-3338

**Vânia Matos Fonseca<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5452-7081

**Maria Inês Couto de Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0439-6295

**Kátia Silveira da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-1960-8855

**Eloane Gonçalves Ramos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0069-8288

**Silvana Granado Nogueira da Gama<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-9200-0387

## RESUMO

**Objetivos:** investigar a associação entre o profissional que assistiu o parto vaginal e a amamentação na primeira hora de vida. **Métodos:** estudo transversal com dados da pesquisa *Nascer no Brasil*, conduzida em 2011/2012. Foram analisados dados de 8.466 puérperas por meio de modelo de regressão logística com abordagem hierarquizada. **Resultados:** A proporção de mães que amamentaram ao nascimento foi maior nos partos assistidos pelo enfermeiro (70%). O parto assistido por enfermeiro apresentou chance 64% maior de amamentação na primeira hora de vida. Outros fatores associados ao desfecho: residir no Norte; idade inferior a 35 anos; multiparidade; orientação no pré-natal sobre amamentação na primeira hora de vida; nascimento em Hospital Amigo da Criança; acompanhante no parto; e recém-nascido de sexo feminino. **Conclusões:** O parto assistido pelo enfermeiro/enfermeiro obstetra foi importante fator independente associado à amamentação na primeira hora de vida, sugerindo a importância do fortalecimento do papel do enfermeiro obstetra.

**Descritores:** Enfermeiras Obstétricas; Tocologia; Período Pós-Parto; Aleitamento Materno; Estudos Transversais.

## ABSTRACT

**Objectives:** To investigate the association between the professionals who attended vaginal delivery and breastfeeding in the first hour of life. **Methods:** This is a cross-sectional study with data from the *Nascer no Brasil* (Born in Brazil) survey, conducted in the 2011-2012 period. Data from 8,466 puerperae were analyzed using a logistic regression model with a hierarchical approach. **Results:** The proportion of mothers who breastfed at birth was higher in deliveries attended by nurses (70%). A nurse-assisted delivery was 64% more likely to breastfeed in the first hour of life. Other factors associated with the outcome: residing in the North; age less than 35 years; multiparity; prenatal guidance on breastfeeding in the first hour of life; birth at Baby-Friendly Hospital; companion at birth; and female newborn. **Conclusions:** Obstetrician nurse/nurse-assisted delivery was a significant independent factor associated with breastfeeding in the first hour of life, suggesting the importance of strengthening the role of the obstetrician nurse.

**Descriptors:** Nurse Midwives; Midwifery; Postpartum Period; Breast Feeding; Cross-Sectional Studies.

## RESUMEN

**Objetivos:** investigar la asociación entre el profesional que asistió al parto vaginal y la lactancia en la primera hora de vida. **Métodos:** estudio transversal con datos de la investigación *Nascer no Brasil* (Nacer en Brasil), conducida en el periodo de 2011-2012. Se analizaron datos de 8.466 puérperas por medio de modelo de regresión logística con abordaje jerarquizado. **Resultados:** La proporción de madres que amamantaron al nacimiento fue mayor en los partos asistidos por el enfermero (70%). El parto asistido por enfermero presentó una probabilidad un 64% mayor de lactancia en la primera hora de vida. Otros factores asociados al desenlace: residir en el Norte; edad inferior a 35 años; multiparidad; orientación en el prenatal sobre lactancia materna en la primera hora de vida; nacimiento en el Hospital Amigo del Niño; acompañante en el parto; y el recién nacido de sexo femenino. **Conclusiones:** El parto asistido por el enfermero/enfermero obstetra fue un importante factor independiente asociado a la lactancia materna en la primera hora de vida, sugiriendo la importancia del fortalecimiento del papel del enfermero obstetra.

**Descritores:** Enfermeras Obstétricas; Partería; Periodo Posparto; Lactancia Materna; Estudios Transversales.

<sup>1</sup> Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

### Como citar este artigo:

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.* 2020;73(2):e20180448. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0448>

### Autor Correspondente:

Laís Araújo Tavares Silva  
E-mail: [laisaraujots@gmail.com](mailto:laisaraujots@gmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Margarida Vieira

Submissão: 15-06-2018 Aprovação: 29-09-2018

## INTRODUÇÃO

A principal iniciativa global para a promoção do aleitamento materno em serviços materno infantis é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” preconizados pela IHAC, destaca-se o Passo 4, referente à amamentação na primeira hora de vida<sup>(1)</sup>, a fim de contribuir para a redução da mortalidade neonatal<sup>(2-3)</sup>. Estudos indicam que diferenças nos modelos de assistência implementados na maternidade podem interferir no início precoce da amamentação, quando o poder de decisão das mães tende a ser mais limitado, tornando-as dependentes dos protocolos institucionais e profissionais envolvidos no parto<sup>(4-5)</sup>.

Em 2014, o Brasil incluiu nos critérios de habilitação à IHAC o Cuidado Amigo da Mulher (CAM)<sup>(6)</sup>, visando o estímulo das “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”<sup>(7)</sup>, pois o uso indiscriminado de intervenções tem sido uma característica do modelo de atenção obstétrica no Brasil<sup>(8)</sup>. Uma das estratégias do Ministério da Saúde, pautada na humanização do parto e nascimento, pela necessidade de mudança do modelo de atenção tecnocrático vigente, foi a implantação da atenção ao parto normal de baixo risco pelo enfermeiro obstetra, seguindo exemplos internacionais bem sucedidos<sup>(9)</sup>. Desde o início dos anos 2000, foram financiados Cursos de Especialização e Programas de Residência em Enfermagem Obstétrica, com o objetivo de formar enfermeiros inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(10)</sup>, nos moldes da Rede Cegonha<sup>(11)</sup>.

Segundo estudos da revista *The Lancet*, os cuidados de obstetria apresentam melhores resultados na redução da mortalidade materna e neonatal quando oferecidos por parteiras treinadas e em trabalho colaborativo com equipe multidisciplinar<sup>(12-13)</sup>. Visando a prestação de serviços obstétricos de qualidade, com destaque sobre a atuação da parteira profissional, a Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras (ABENFO) adotou as “Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetria” da *International Confederation of Midwives* (ICM), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desenvolveu o “Conjunto de Ferramentas para o Fortalecimento da Obstetria”, adaptado ao contexto brasileiro<sup>(14)</sup> e, em 2017, o Ministério da Saúde publicou as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”<sup>(15-16)</sup>.

O presente estudo se insere num contexto de reconhecimento internacional do papel da parteira profissional<sup>1</sup> como estratégia para a melhoria da assistência ao parto e nascimento. As práticas adotadas pelo enfermeiro obstetra em relação à amamentação na primeira hora de vida podem ser um importante marcador do modelo de atenção ao parto.

## OBJETIVOS

Investigar a associação entre o profissional que assistiu o parto vaginal e a amamentação na primeira hora de vida.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

Este estudo considerou os preceitos éticos da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A Pesquisa *Nascer*

no Brasil foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz e o consentimento obtido em meio digital, com as puérperas recebendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido impresso.

## Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo transversal de base hospitalar e abrangência nacional, realizado a partir do banco de dados do estudo *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*, conduzido no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.

## Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foi utilizada uma amostra complexa probabilística para representar todos os nascimentos ocorridos em hospitais com 500 ou mais partos por ano, estratificada pelas cinco macrorregiões geográficas, por localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público ou misto). Num segundo estágio, foram selecionados os dias necessários para atingir 90 puérperas entrevistadas (mínimo de sete dias em cada hospital). No terceiro estágio, a amostra foi composta pelas puérperas. Foram amostrados 266 hospitais de 191 municípios brasileiros, sendo entrevistadas 23.894 puérperas. A descrição detalhada do desenho amostral se encontra em Vasconcellos et al<sup>(17)</sup>.

Para fins do presente estudo foram selecionados os partos vaginais, de gestação única, com nascimento a termo (37 – 41 semanas de gestação), realizados por médicos ou enfermeiros/enfermeiros obstetras. Foram excluídos óbitos fetais ou neonatais, óbitos maternos, *near miss* materno no parto, mulheres com sorologia positiva para HIV, recém-natos com índice de Apgar abaixo de sete no quinto minuto de vida, recém-natos que necessitaram de reanimação na sala de parto e recém-natos cujo destino foi a Unidade de Terapia Intensiva - características estas que poderiam impedir ou postergar o início do aleitamento materno. Após a aplicação destes critérios, a amostra final incluiu 8.466 puérperas para análise.

## Protocolo do estudo e variáveis

A equipe de pesquisa foi composta por coordenadores executivos, regionais e estaduais, 50 supervisores e 200 entrevistadores, que receberam treinamento local durante cinco dias consecutivos. Foram realizadas entrevistas com as puérperas durante a internação no serviço de saúde, mediante aplicação de um questionário eletrônico padronizado, e fotografados seus cartões do pré-natal. Também foram extraídos dados dos prontuários da puérpera e do recém-nascido. Os dados foram enviados pelo supervisor de cada unidade a um servidor central de pesquisa para armazenamento e monitoramento em tempo real. O instrumento de coleta de dados da entrevista hospitalar continha 397 questões, incluindo blocos de perguntas repetidos para até o quarto gemelar. O instrumento utilizado para coleta de dados do prontuário continha 265 itens.

No presente estudo, a variável de exposição investigada foi o tipo de profissional que assistiu o parto (médico ou enfermeiro/enfermeiro obstetra), obtida por consulta ao prontuário. A variável

1 O termo “parteira profissional” é entendido como sinônimo de enfermeiro obstetra e obstetra.

de desfecho foi a amamentação na primeira hora de vida (sim/não), categorizada com base nas questões relacionadas ao tempo de início da amamentação e amamentação na sala de parto.

É possível que fora dos centros urbanos alguns enfermeiros sem especialização em obstetrícia assistam partos vaginais. Portanto, neste estudo, foram considerados os profissionais com título de enfermeiro mediante graduação e enfermeiros com especialização em obstetrícia. No estudo *Nascer no Brasil*, não houve obstetizes formadas por curso de graduação em obstetrícia trabalhando nas maternidades, uma vez que seu registro profissional foi regulamentado recentemente no Brasil<sup>(18)</sup>.

A fim de realizar uma abordagem multivariada de análise, foi construído um modelo conceitual hierarquizado em níveis distal, intermediário e proximal (Figura 1), com base em revisão sistemática dos fatores associados à amamentação na primeira hora<sup>(19)</sup>. As variáveis utilizadas foram obtidas da entrevista materna hospitalar e do prontuário materno, definidas da seguinte forma: Região geográfica de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul ou Centro-Oeste); zona de residência (capital/ interior); cor da pele materna autodeclarada (branca/ não branca); idade materna (12-19 anos/ 20-34 anos/  $\geq 35$  anos); escolaridade materna (< 11 anos de estudo/  $\geq 11$  anos de estudo); paridade (primípara/ múltipara); classificação econômica (A/B, C ou D/E, com base nos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP/2010); número de consultas de pré-natal (não fez pré-natal/ de 1-5/ 6 ou mais); orientação sobre aleitamento materno na primeira hora no pré-natal (sim/ não); profissional de saúde que atendeu a maior parte das consultas de pré-natal

(médico/ enfermeiro); profissional que assistiu o parto (médico/ enfermeiro ou enfermeiro obstetra); uso de ocitocina no trabalho de parto (sim/ não); presença de acompanhante no parto (sim/ não); tipo de hospital (público/ misto/ privado); Hospital Amigo da Criança (não/ em processo/ sim); uso de algum método não farmacológico para alívio da dor (sim/ não); idade gestacional ao nascer (termo precoce: 37 a < 39 semanas/ a termo: 39 a < 41 semanas/ termo tardio: 41 a < 42 semanas) e sexo do recém-nascido (feminino/ masculino).

### Análise dos resultados e estatística

O software utilizado na análise estatística foi o pacote de análise de dados com amostras complexas do SPSS 22.0. Inicialmente foi realizada análise bivariada do desfecho com cada variável, através do teste qui-quadrado de Pearson e estimadas as *odds ratios* (OR) brutas. As variáveis cuja associação com o desfecho apresentou p-valor  $\leq 0,20$  foram selecionadas para a construção de um modelo de regressão logística, seguindo abordagem hierarquizada em três níveis. Em cada nível, as variáveis foram incluídas seguindo o método de seleção *forward*, com critério de  $p < 0,05$  para permanecer no modelo. Foram estimadas as OR ajustadas com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), sendo consideradas com associação estatisticamente significativa com o desfecho as variáveis com p-valor  $\leq 0,05$ . Interações entre as variáveis "Hospital Amigo da Criança", "presença de acompanhante no parto" e "tipo de hospital" foram testadas.

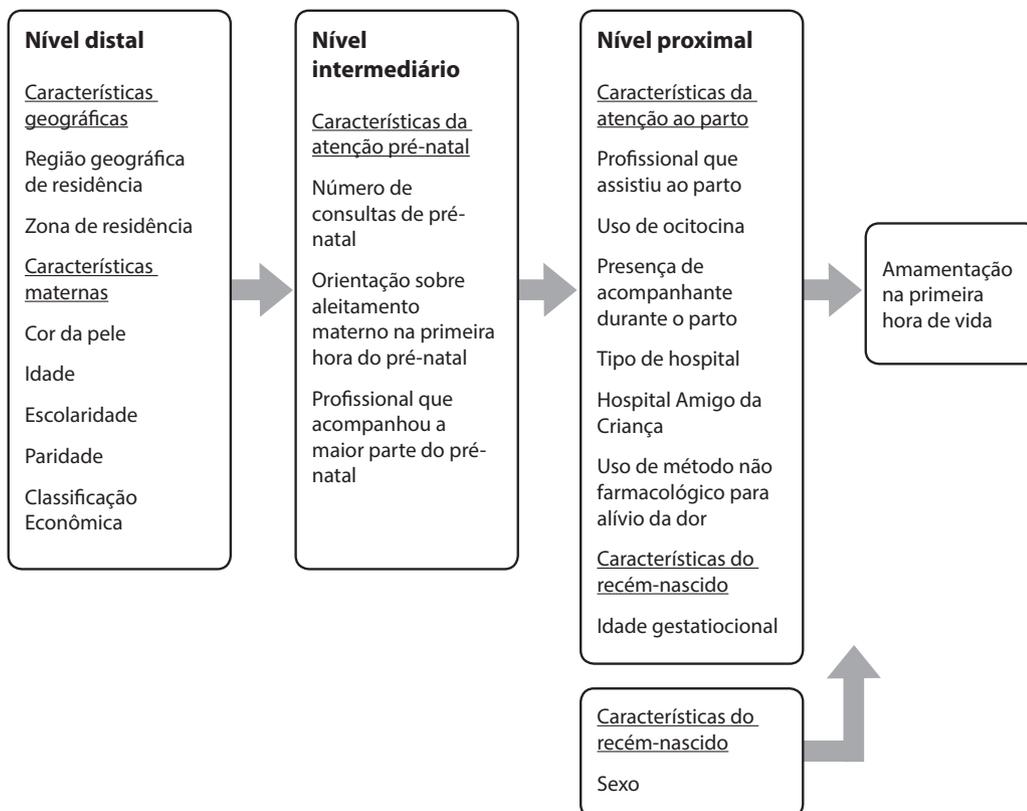


Figura 1 - Modelo conceitual da amamentação na primeira hora de vida em níveis hierarquizados de determinação

## RESULTADOS

Das 8.466 puérperas cujo parto foi vaginal, 60,9% amamentaram seus filhos na primeira hora após o nascimento. A maior parte das puérperas eram não brancas, encontravam-se na faixa etária de 20 a 34 anos de idade, possuíam menos de 11 anos de estudo, eram múltiparas e de classe econômica C (Tabela 1). Em relação às características de atenção ao pré-natal, a maioria compareceu a seis consultas de pré-natal ou mais, relatou ter recebido orientação sobre amamentação na primeira hora de vida e foi atendida pelo médico na maior parte das consultas (Tabela 2). Em relação ao parto, a

grande maioria das puérperas foi assistida pelo médico (83%). A proporção de mães que amamentaram na primeira hora de vida foi maior nos partos assistidos pelo enfermeiro/enfermeiro obstetra (70%) do que naqueles assistidos pelo médico (59%). Houve preponderância de partos sem presença de acompanhante (66%) e em hospitais públicos ou mistos (97%). Métodos não farmacológicos para o alívio da dor foram utilizados em um terço da amostra (Tabela 3).

Após a análise bivariada, apresentaram p-valor  $\leq 0,20$  no teste de associação com o desfecho as seguintes variáveis sociodemográficas maternas: região geográfica, idade, escolaridade e paridade (Tabela 1); dentre as variáveis relacionadas à atenção pré-natal: orientação sobre amamentação na primeira hora de vida (Tabela 2); e dentre as variáveis relacionadas à atenção ao parto e características do recém-nascido: profissional que assistiu o parto, presença de acompanhante no parto, tipo de hospital, Hospital Amigo da Criança, uso de algum método não

farmacológico para alívio da dor durante o trabalho de parto, idade gestacional e sexo do recém-nascido (Tabela 3).

Na Tabela 4 são apresentados os modelos de acordo com o nível de proximidade com o desfecho, considerando o nível de significância de 5%. A chance de amamentação ao nascimento foi maior nos recém-nascidos cujas mães eram residentes na região Norte; adolescentes ou adultas entre 20 e 34 anos de idade; multíparas; que receberam orientação sobre amamentação na primeira hora de vida no pré-natal; tiveram seus filhos em Hospital Amigo da Criança; tiveram o parto assistido por enfermeiro/enfermeiro obstetra; apresentaram acompanhante no momento do parto; e nos recém-nascidos de sexo feminino. As características que apresentaram maior magnitude de associação com o desfecho foram idade materna de 12 a 19 anos, com 61% de chance ( $p=0,001$ ), nascimento em Hospital Amigo da Criança, com 66% de chance ( $p=0,004$ ) e parto assistido por enfermeiro/enfermeiro obstetra, associado a uma chance 64% maior de amamentação na primeira hora de vida ( $p=0,004$ ) (Tabela 4).

**Tabela 1** - Amamentação na primeira hora de vida, segundo características geográficas e sociodemográficas maternas – Nível distal, Brasil, 2011-2012

Variáveis	n (%)	Amamentação na primeira hora de vida (%)	OR bruta (IC95%)	Valor de p
Região geográfica (n=8.466)				
Norte	759 (9,0)	71,8	1,78(1,16-2,75)	0,008
Centro-Oeste	509 (6,0)	66,2	1,37(0,88-2,15)	0,159
Sul	1.013 (12,0)	65,3	1,32(0,84-2,09)	0,224
Nordeste	2.405 (28,4)	58,0	0,97(0,68-1,37)	0,864
Sudeste	3.780 (44,7)	58,7	1	
Zona de residência (n=8.466)				
Capital	3.372 (39,8)	61,5	1	
Interior	5.093 (60,2)	60,5	0,95(0,70-1,29)	0,781
Cor da pele (n=8.464)				
Branca	2.401 (28,4)	60,8	1	
Não branca	6.062 (71,6)	61,0	1,00(0,84-1,20)	0,931
Idade materna (n=8.466)				
12 a 19 anos	2.032 (24,0)	62,3	1,45(1,12-1,88)	0,004
20 a 34 anos	5.805 (68,6)	61,3	1,40(1,11-1,75)	0,004
$\geq 35$ anos	629 (7,4)	53,1	1	
Escolaridade (n=8.466)				
$\geq 11$ anos de estudo	3.117 (36,8)	59,3	1	
< 11 anos de estudo	5.349 (63,2)	61,8	1,11(0,96-1,28)	0,157
Paridade (n=8.466)				
Primípara	3.544 (41,9)	58,9	1	
Múltipara	4.922 (58,1)	62,4	1,15(1,00-1,33)	0,044
Classe econômica (n=8.404)				
A; B	1.261 (15,0)	59,9	1	
C	4.598 (54,7)	59,4	0,97(0,79-1,20)	0,840
D; E	2.544 (30,3)	63,8	1,17(0,91-1,52)	0,212

**Tabela 2** - Amamentação na primeira hora de vida, segundo características de atenção ao pré-natal – Nível intermediário, Brasil, 2011-2012

Variáveis	n (%)	Amamentação na primeira hora de vida (%)	OR bruta (IC95%)	Valor de p
Número de consultas de PN* (n=8.290)				
Não fez PN	125 (1,5)	56,5	1	
1-5 consultas	2.545 (30,7)	63,6	1,34(0,77-2,34)	0,293
6 ou mais consultas	5.620 (67,8)	59,8	1,14(0,65-1,99)	0,634
Orientação sobre amamentação na primeira hora de vida no PN (n=8.421)				
Não ou não fez PN	3.278 (38,9)	57,8	1	
Sim	5.143 (61,1)	62,8	1,23(1,02-1,48)	0,031
Profissional de saúde que atendeu a maior parte das consultas de PN (n=8.193)				
Médico	5.820 (71)	60,8	1	
Enfermeiro	2.373 (29)	61,3	1,02(0,83-1,25)	0,841

\*PN – Pré-Natal.

**Tabela 3** - Amamentação na primeira hora de vida, segundo características de atenção ao parto e características do bebê – Nível proximal, Brasil, 2011-2012

Variáveis	n (%)	Amamentação na primeira hora de vida (%)	OR bruta (IC95%)	Valor de p
Profissional que assistiu o parto (n=8.466)				
Médico	7.062 (83,4)	59,0	1	
Enfermeiro/enfermeiro obstetra	1.404 (16,6)	70,5	1,66(1,17-2,36)	0,005
Uso de ocitocina no trabalho de parto (n=8.466)				
Sim	4.087 (48,3)	60,0	1	
Não	4.379 (51,7)	61,8	1,08(0,91-1,28)	0,365
Acompanhante durante o parto (n=8.465)				
Não	5.572 (65,8)	58,0	1	
Sim	2.893 (34,2)	66,6	1,44(1,17-1,77)	0,001
Tipo de hospital (n=8.466)				
Privado	268 (3,2)	42,2	1	
Misto	3.815 (45,1)	58,6	1,93(1,06-3,53)	0,031
Público	4.383 (51,8)	64,1	2,44(1,36-4,38)	0,003
Hospital Amigo da Criança (8.466)				
Não	4.217 (49,8)	54,3	1	
Em processo	789 (9,3)	61,6	1,34(0,81-2,22)	0,239
Sim	3.460 (40,9)	68,8	1,85(1,37-2,49)	<0,001
Uso de método não farmacológico para alívio da dor (n=8.466)				
Não	5.621 (66,4)	59,4	1	
Sim	2.845 (33,6)	63,9	1,20(0,99-1,45)	0,051
Idade gestacional (n=8.465)				
37 a < 39 semanas	3.052 (36,1)	59,4	0,79(0,64-0,99)	0,048
39 a <41 semanas	4.645 (54,9)	61,3	0,86(0,70-1,07)	0,185
41 a <42 semanas	768 (9,1)	64,6	1	
Sexo do recém-nascido (n=8.464)				
Masculino	4.338 (51,3)	59,4	1	
Feminino	4.126 (48,7)	62,5	1,13(1,00-1,28)	0,037

**Tabela 4** - Modelos dos fatores associados à amamentação na primeira hora de vida, Brasil, 2011-2012

Variáveis	Modelo distal n=8.466		Modelo intermediário* n=8.421		Modelo proximal** n=8.418	
	OR ajustada (IC95%)	P	OR ajustada (IC95%)	P	OR ajustada (IC95%)	P
<i>NÍVEL 1</i>						
Região geográfica		0,032		0,034		0,050
Norte	1,73(1,12-2,67)		1,71(1,10-2,66)		1,74(1,12-2,71)	
Centro-Oeste	1,35(0,86-2,12)		1,31(0,83-2,05)		1,34(0,79-2,29)	
Sul	1,33(0,84-2,10)		1,31(0,83-2,07)		1,26(0,80-1,97)	
Nordeste	0,97(0,68-1,38)		0,93(0,66-1,32)		0,99(0,70-1,42)	
Sudeste	1		1		1	
Idade materna		0,001		0,001		0,001
12 a 19 anos	1,67(1,26-2,21)		1,68(1,26-2,23)		1,61(1,22-2,13)	
20 a 34 anos	1,45(1,16-1,81)		1,44(1,15-1,80)		1,42(1,13-1,77)	
≥ 35 anos	1		1		1	
Paridade		0,009		0,006		0,008
Multipara	1,25(1,05-1,48)		1,26(1,07-1,50)		1,26(1,05-1,50)	
Primípara	1		1		1	
<i>NÍVEL 2</i>						
Orientação sobre amamentação na primeira hora de vida no pré-natal	-	-		0,016		0,016
Sim	-	-	1,24(1,04-1,49)		1,25(1,04-1,50)	
Não recebeu ou não fez pré-natal	-	-	1		1	
<i>NÍVEL 3</i>						
Hospital Amigo da Criança	-	-	-	-		0,004
Sim	-	-	-	-	1,66(1,23-2,25)	
Em processo	-	-	-	-	1,40(0,88-2,24)	
Não	-	-	-	-	1	
Profissional que assistiu o parto	-	-	-	-		0,004
Enfermeiro/enfermeiro obstetra	-	-	-	-	1,64(1,17-2,29)	
Médico	-	-	-	-	1	
Acompanhante no parto	-	-	-	-		0,005
Sim	-	-	-	-	1,33(1,09-1,64)	
Não	-	-	-	-	1	

Continua

Continuação da Tabela 4

Variáveis	Modelo distal n=8.466		Modelo intermediário* n=8.421		Modelo proximal** n=8.418	
	OR ajustada (IC95%)	P	OR ajustada (IC95%)	P	OR ajustada (IC95%)	P
Sexo do recém-nascido	-	-	-	-	-	0,010
Feminino	-	-	-	-	1,17(1,03-1,32)	
Masculino	-	-	-	-	1	

Nota: \* Modelo intermediário: ajustado para as variáveis estatisticamente significativas do Modelo distal ( $p < 0,05$ ); \*\* Modelo proximal: ajustado para as variáveis estatisticamente significativas dos Modelos distal e intermediário ( $p < 0,05$ ).

## DISCUSSÃO

No Brasil, no período de 2011 a 2012, a amamentação na primeira hora de vida foi praticada em 60,9% dos partos vaginais, superior à estimada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006, com percentual de 51,1% de crianças amamentadas na primeira hora de vida nos partos vaginais<sup>(8)</sup>. Estas variações podem decorrer de diferentes estratégias amostrais e um possível viés de memória relacionado à metodologia utilizada. Na PNDS, a coleta de dados foi realizada com mães cujos filhos tinham até cinco anos de idade, já no presente estudo, as informações foram coletadas diretamente das mães, durante a internação na maternidade. Além disso, até o período de coleta dos dados da presente pesquisa, iniciativas governamentais de promoção e apoio ao aleitamento materno possivelmente contribuíram para o aumento do aleitamento materno na primeira hora de vida.

Foi significativamente mais elevada a proporção de amamentação na primeira hora de vida em partos assistidos por enfermeiro/enfermeiro obstetra. Uma revisão sistemática Cochrane que comparou modelos de atenção conduzidos por parteiras profissionais em relação a outros modelos de atenção obstétrica mostrou que as mulheres que receberam cuidados de um modelo com parteiras tiveram 35% maior probabilidade de amamentar<sup>(20)</sup>. Uma questão que pode ter contribuído para o início oportuno da amamentação na presença do enfermeiro diz respeito à adoção de um modelo de atenção com uso reduzido de intervenções que pudessem atrasar o início da amamentação, separando a mãe de seu filho. Em estudo de abrangência nacional publicado em 2016, os autores destacaram a frequência significativamente maior do uso de boas práticas nos nascimentos atendidos por enfermeiros<sup>(21)</sup>. Neste momento único para a mulher, é importante oferecer medidas de apoio emocional durante o parto, ajuda na identificação do momento oportuno para amamentar o bebê e intermediações por meio de um constante diálogo, a fim de que sejam consideradas suas vontades. Desta forma, pode ser possível conferir à mãe os suportes físico e psicológico necessários para amamentar na primeira hora após o parto.

Mesmo com as iniciativas para inserção do enfermeiro obstetra na atenção ao parto e nascimento no Brasil, considerando a importância deste profissional para auxiliar a redução da morbimortalidade materna e perinatal<sup>(14)</sup>, dos partos vaginais analisados neste estudo, apenas 16,6% foram assistidos pelo enfermeiro/enfermeiro obstetra, em sua grande maioria no setor público de saúde. É importante considerar que os partos selecionados apresentavam condições oportunas para um seguimento fisiológico sem complicações. Um estudo realizado

em Minas Gerais apontou que um modelo de atenção ao parto colaborativo, onde há a integração entre médico e enfermeiro obstetra na equipe assistencial, pode reduzir o número de intervenções desnecessárias no parto, sem interferir negativamente nos resultados neonatais<sup>(22)</sup>. Este modelo demonstra sua importância quando, no contexto da maternidade, o enfermeiro obstetra pode atuar na assistência ao parto sem complicações vivenciado pela maioria das mulheres.

O nascimento em Hospitais Amigos da Criança esteve significativamente associado à amamentação logo após o nascimento, associação também encontrada em estudos no Sul do país<sup>(23)</sup> e no município do Rio de Janeiro<sup>(24)</sup>. Para que sejam credenciados, estes hospitais precisam adotar os "Dez Passos", sendo o Passo 4 justamente ajudar as mães a perceberem quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, para poderem iniciar precocemente a amamentação<sup>(1)</sup>. Na época em que a coleta de dados da presente pesquisa foi realizada, os critérios para habilitação na IHAC ainda não haviam sido redefinidos com a inclusão de boas práticas de atenção ao parto e nascimento e a garantia da permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nato 24 horas por dia e livre acesso a ambos<sup>(6)</sup>.

Em um estudo controlado randomizado realizado na Nigéria, a presença de acompanhante na sala de parto foi associada ao menor tempo de início da primeira mamada nos partos vaginais<sup>(25)</sup>. No presente estudo, foi encontrada associação significativa entre a presença de acompanhante no momento do parto e a amamentação após o nascimento. Uma revisão sistemática publicada em 2014 não encontrou associação significativa com esse desfecho, porém apenas um estudo avaliou esta variável<sup>(19)</sup>. A presença de acompanhante de livre escolha da mulher é regulamentada pela Portaria nº 2.418/2005<sup>(26)</sup> e considerada um elemento importante na humanização da assistência obstétrica. É possível que as mulheres recebam suporte emocional do acompanhante, conferindo maior segurança no pós-parto imediato, favorecendo o início da amamentação.

Curiosamente, recém-nascidos de sexo feminino apresentaram maior chance de amamentação na primeira hora de vida neste estudo. Esta associação também foi encontrada em estudo realizado em Uganda<sup>(27)</sup>, na Etiópia<sup>(28)</sup> e em estudo recente com mães hispânicas<sup>(29)</sup>, revelando que o sexo do recém-nascido pode afetar a maneira como estas mães veem as necessidades nutricionais de seus filhos, possivelmente relacionada a aspectos culturais.

Das características de atenção ao pré-natal, apenas o recebimento de orientações sobre aleitamento materno se mostrou associado ao desfecho, também identificado como fator associado à amamentação precoce em um estudo realizado na Bahia<sup>(30)</sup> e

em outro estudo no Sul da Etiópia<sup>(31)</sup>. Esta associação pode ser um indicativo de que as mães que já haviam sido orientadas sobre a importância de amamentar seu filho logo após o nascimento tornaram-se mais disponíveis a este ato, ou solicitaram mais ajuda aos profissionais de saúde que as assistiam para praticá-lo. Um estudo realizado em uma maternidade no município do Rio de Janeiro revelou que menos da metade das puérperas tinham conhecimento sobre ser possível amamentar na sala de parto<sup>(32)</sup>.

A região Norte registrou a maior proporção de amamentação na primeira hora de vida, verificada também em estudos de abrangência nacional realizados em 2006 e 2008<sup>(8,33)</sup>, o que pode estar relacionado às questões culturais dos habitantes da região, que concentra o maior percentual da população indígena residente no país<sup>(34)</sup> e onde ainda é realizada a atuação das parteiras tradicionais em lugares de difícil acesso<sup>(35)</sup>.

Em termos de características sociodemográficas maternas, os grupos não apresentaram variações importantes, provavelmente devido à relação existente entre classe econômica e tipo de parto<sup>(36)</sup>. Em estudo realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, as mulheres múltiparas apresentaram maior propensão a amamentar na primeira hora<sup>(32)</sup>, como no presente estudo. Pode ser possível que as mulheres múltiparas tenham parido seus filhos em curto intervalo de tempo e sofrido ações favoráveis à amamentação precoce no primeiro nascimento, que refletiram positivamente no segundo nascimento. Com relação à idade materna, a associação também foi encontrada em um estudo realizado em Pelotas no Rio Grande do Sul<sup>(23)</sup>. Uma explicação possível é que as adolescentes sofram mais ações educativas nos serviços de saúde, visto a preocupação em relação à saúde do adolescente e identificação de suas necessidades no contexto da saúde pública, como sujeitos sociais em transição da infância para a vida adulta<sup>(37)</sup>.

### Limitações do estudo

Uma limitação deste estudo é que a atuação do enfermeiro obstetra no processo assistencial do parto e nascimento ainda está sendo fortalecida no Brasil e, por este motivo, optamos por incluir enfermeiros sem formação *lato sensu* em obstetrícia. Também, não pudemos diferenciar os partos assistidos por profissionais com formação de acordo com as competências padronizadas pela ICM. Outra limitação diz respeito ao desenho epidemiológico transversal, que dificulta uma relação clara de temporalidade causal entre exposição e desfecho.

## Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Sabemos que o fortalecimento da presença do enfermeiro obstetra envolve a adoção de uma política de humanização do modo de nascer no Brasil, que pode inverter a lógica de assistência obstétrica e neonatal. O aprimoramento profissional contínuo, que objetive a prestação de serviços de qualidade, pode superar os obstáculos em torno da amamentação na primeira hora de vida, ainda na sala de parto. Os resultados deste estudo podem contribuir para o fortalecimento da IHAC e da Rede Cegonha, e apontam para a pertinência do desenvolvimento de pesquisas futuras e para a reflexão sobre o valor das práticas assistenciais baseadas em evidências, com destaque para a importância do papel do enfermeiro obstetra.

## CONCLUSÕES

Verificamos que o parto assistido pelo enfermeiro/enfermeiro obstetra foi associado a uma chance 64% maior de amamentação na primeira hora de vida, mesmo após ajuste para fatores de confundimento. A associação encontrada neste estudo pode ser reflexo do incentivo à formação profissional e inserção do enfermeiro obstetra na atenção ao parto e nascimento no Brasil. Este estudo revela um importante resultado no que diz à promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida, podendo contribuir para o fortalecimento do campo de trabalho do enfermeiro obstetra na assistência hospitalar ao parto normal de baixo risco, em atuação colaborativa com os demais profissionais. A incorporação do enfermeiro obstetra à assistência ao parto não corresponde ao modelo biomédico tecnocrático, sendo necessária uma revisão do modelo de atenção.

## FOMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciências, 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).

## AGRADECIMENTO

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

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2018 Feb 27]. (A. Normas e Manuais Técnicos). Available from: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo1\\_ihac\\_alta.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo1_ihac_alta.pdf)
2. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr*. 2013;89(2):131-6. doi: 10.1016/j.jpmed.2013.03.005
3. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity—a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J*. 2015;19(3):468-79. doi: 10.1007/s10995-014-1526-8

4. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):69-78. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005278
5. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Sup 1):S1-S15. doi: 10.1590/0102-311X00133213
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS no 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2014 May 28. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Feb 27]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html)
7. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: a practical guide. Maternal and newborn health/safe motherhood unit. Geneva: WHO; 1996.
8. Ministério da Saúde (BR). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). 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, CEBRAP; 2009 [cited 2018 Feb 27]. (Série G. Estatística e informação em saúde). Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)
9. World Health Organization (WHO). WHO nursing and midwifery progress report, 2008-2012 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2017 Nov 04]. Available from: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/NursingMidwiferyProgressReport.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingMidwiferyProgressReport.pdf)
10. Costa AANM, Schirmer J. A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil: da proposta à operacionalização. *Esc Anna Nery Ver Enferm*. 2012;16(2):332-9. doi: 10.1590/S1414-81452012000200018
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, 2011 June 25. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2017 Nov 04]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
12. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-45. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
13. Lerberghe WV, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*. 2014;384(9949):1215-25. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60919-3
14. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP), Saúde da Mulher e Reprodutiva (SMR). Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da parteira nas Américas [Internet]. Montevideu: CLAP/SMR; 2014 [cited 2017 Nov 04]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49383>
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. *Diário Oficial da União*, 2017 Feb 20. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Nov 04]. Available from: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260)
16. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Nov 04]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
17. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Júnior PRB, Szwarzwald CL, et al. Sampling design for the Birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:549-558. doi: 10.1590/0102-311X00176013
18. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen no 479/2015. Estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetizadora no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 2015 Apr 14. Brasília: Cofen; 2018 [cited 2017 Nov 04]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04792015\\_30971.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04792015_30971.html)
19. Esteves TMB, Dumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC, et al. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):697-708. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005278
20. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD004667 doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
21. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):123. doi: 10.1186/s12978-016-0236-7
22. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(2):304-13. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004633
23. Silveira RB, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008;8(1):35-43. doi: 10.1590/S1519-38292008000100005
24. Esteves TMB, Dumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cad Saúde Pública*. 2015;31:2390-400. doi: 10.1590/0102-311X00123114
25. Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Ojengbede OA. Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *Int Breastfeed J*. 2009;4:16. doi: 10.1186/1746-4358-4-16
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. *Diário Oficial da União*, 2005 Dec 06. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2017 Nov 04]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418\\_02\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html)

27. Bbaale E. Determinants of early initiation, exclusiveness, and duration of breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nutr.* 2014;32(2):249-60.
28. Lakew Y, Tabar L, Haile D. Socio-medical determinants of timely breastfeeding initiation in Ethiopia: Evidence from the 2011 nation wide Demographic and Health Survey. *Int Breastfeed J.* 2015;10:24. doi: 10.1186/s13006-015-0050-9
29. Shafer EF, Hawkins SS. The impact of sex of child on breastfeeding in the United States. *Matern Child Health J.* 2017;21(11):2114-21. doi: 10.1007/s10995-017-2326-8
30. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ERJ, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2010;10:760. doi: 10.1186/1471-2458-10-760
31. Adugna DT. Women's perception and risk factors for delayed initiation of breastfeeding in Arba Minch Zuria, Southern Ethiopia. *Int Breastfeed J.* 2014;9:8. doi: 10.1186/1746-4358-9-8
32. Pereira CRVR, Fonseca VM, Oliveira MIC, Souza IEO, Mello RR, Pereira CRVR, et al. Assessment of factors that interfere on breastfeeding within the first hour of life. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(2):525-34. doi: 10.1590/S1415-790X2013000200026
33. Ministério da Saúde (BR). II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 Nov 04]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf)
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características gerais dos indígenas [Internet]. In.: Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2017 Nov 04]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/terrasindigenas/>
35. Nascimento KC, Santos EKA, Erdmann AL, Júnior HJN, Carvalho JN. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(2):319-27. doi: 10.1590/S1414-81452009000200012
36. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, Victora CG. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(4):635-43. doi: 10.1590/S0034-89102011005000039
37. Lopez SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(3):743-52. doi: 10.1590/S1413-81232013000300020