

EMILY BRENDA DE LIMA SOUSA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

CARLA CAROLINA SEIXAS ESTEVES

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

BETINA LINARDI ESPINOSA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

GUSTAVO ALVAREZ PRADO BARAZAL

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

FLAVIA MORANDI EL FARO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

RAFAELA SILVEIRA DE OLIVEIRA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

MAYCO JOSÉ REINALDI SERRA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

VERA ESTEVES VAGNOZZI RULLO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

MARIA LUISA DIAZ CUNHA DAVID

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em setembro de 2022.
Aprovado em setembro de 2022.*

SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA

RESUMO

OBJETIVO: identificar a taxa de sucesso e os fatores maternos e neonatais associados ao sucesso do Aleitamento Materno na Primeira Hora de Vida (AMPHV) na Maternidade Municipal de São Vicente. **MÉTODOS:** trata-se de um estudo transversal observacional. Foram analisados dados de 1235 binômios mãe-bebê de partos de janeiro a dezembro de 2020 do respectivo hospital. Foram critérios de exclusão: natimortos, gemelaridade, prematuridade, parto domiciliar, teste rápido para HIV positivo, preenchimento incompleto dos livros de parto e RN encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Os dados e fatores foram submetidos ao modelo Poisson para avaliação estatística. **RESULTADOS:** a prevalência global de AMPHV no estudo foi de 81,05%. O aleitamento materno nesse período foi mais prevalente entre os RN que tiveram contato pele a pele (RP 1,37, IC95% 1,27-1,47), temperatura de 36 a 37,5°C (RP 1,09, IC95% 1,00-1,18) e escore de Apgar maior ou igual a 7 no primeiro minuto de vida (RP 1,40, IC95% 1,18-1,65). Já os RN que nasceram por via de parto cirúrgica (RP 0,77, IC95% 0,73-0,82) tiveram uma associação negativa com o AMPHV. **CONCLUSÕES:** foram fatores protetores para aleitamento materno na primeira hora de vida: a via de parto vaginal, a presença de contato pele a pele Apgar maior ou igual a 7 no 1º minuto e temperatura do RN de 36 a 37,5°C.

Palavras-Chave: aleitamento materno na primeira hora de vida; fatores; sucesso.

BREASTFEEDING' SUCCESS WITHIN THE FIRST HOUR OF LIFE

ABSTRACT

PURPOSE: to evaluate maternal and neonatal factors associated with breastfeeding within the first hour of life and its success rate at São Vicente's Municipal Maternity. **METHODS:** this is a cross-sectional observational study. Data of 1235 mother-infant binomial's births from January to December 2020 of the respective hospital were analyzed. Exclusion criteria were: stillborn, twins, prematurity, home birth, rapid HIV positive test, incomplete data from the birth books and newborns (NB) referred to the NICU. Data and factors were submitted to the Poisson's model for statistical evaluation. **RESULTS:** the global prevalence of breastfeeding within the first hour of life in this paper was 81,05%. Breastfeeding during this time was more prevalent between NB who had skin-to-skin contact (PR 1,37, CI95% 1,27-1,47), temperature between 36 and 37,5°C (PR 1,09, CI95% 1,00-1,18) and Apgar score 7 or higher in the first minute of life (PR 1,40, CI95% 1,18-1,65). On the other hand, NB who were born by cesarean section (PR 0,77, CI95% 0,73-0,82) had a negative association with breastfeeding within the first hour of life. **CONCLUSIONS:** Vaginal delivery, skin-to-skin contact, Apgar score 7 or higher and newborn's temperature between 36 and 37,5°C were protective factors for breastfeeding within the first hour of life.

Keywords: breastfeeding in the first hour of life; factors; success.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) tem sido um tema de discussão ao longo das últimas décadas, pois, com o advento da modernidade, houve uma tendência ao afastamento de algumas práticas mais primitivas, que foram essenciais no passado para a sobrevivência humana, como o AM. Neste cenário, estima-se que entre 1922 e 1974, nos Estados Unidos, a taxa de aleitamento materno foi reduzida de 90% a terríveis 15%. Dentre os fatores relacionados, merecem destaque o uso inadvertido de fórmulas lácteas e a inserção da mulher no mercado de trabalho sem a associação com práticas que protejam o AM. Outros países desenvolvidos seguiram essa mesma tendência e, paralelamente a isso, diversos estudos emergiram fortalecendo a importância do AM na saúde da puérpera e da criança. Após diversas recomendações na tentativa de estimular o AM, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em 1991, visando a aderência das maternidades aos “Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno” com o intuito de aumentar a taxa global de AM. O quarto passo é a prática universal ao aleitamento materno na primeira hora de vida (AMPHV) [1, 2].

A importância do AMPHV está relacionada à maior duração do aleitamento materno e redução da mortalidade infantil, sendo que isso se deve tanto aos componentes do leite materno quanto ao contato entre a mãe e o bebê. O colostro auxilia na maturação da mucosa intestinal e confere proteção imunológica ao recém-nascido (RN), evitando a colonização intestinal por agentes patogênicos, além de apresentar propriedades laxativas que estimulam o trânsito intestinal e a liberação de mecônio, o que ajuda na prevenção da icterícia do recém-nascido. O contato “pele a pele” logo após o parto auxilia na regulação da temperatura corporal, na manutenção dos níveis séricos de glicemia estáveis e permite que a criança se adapte mais rapidamente a vida extrauterina, promovendo o vínculo afetivo do binômio mãe-bebê e ajudando no estabelecimento da amamentação [3-6].

Em 2018, a OMS e a UNICEF relataram que 3 em cada 5 recém-nascidos não são amamentados na primeira hora de vida no mundo. Com base neste relatório, também foi constatado que ao retardar o início do aleitamento em 2 a 24 horas pode-se aumentar a mortalidade em até 33% e, caso esse atraso se estenda a mais de 24 horas, o risco relativo de óbito pode dobrar. Ao analisar a taxa global de aleitamento materno, nota-se que mais de 80% dos recém-nascidos receberam leite materno em quase todos os países, porém só cerca de metade começou o AMPHV. Em relação ao Brasil, evidencia-se que a prevalência de AMPHV não é satisfatória, sendo considerada baixa atualmente. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 revelou que apenas 42,9% das crianças receberam AMPHV [7-10].

Na rotina hospitalar, há algumas circunstâncias que interferem significativamente no sucesso do AMPHV, sendo principalmente: alta rotatividade hospitalar, a grande demanda de vagas hospitalares tanto no centro obstétrico quanto no centro cirúrgico, levam a uma diminuição do AMPHV pela necessidade da liberação de leitos rapidamente; recusa médica, podendo ser indicação do pediatra postergar o aleitamento por causa da condição de nascimento do recém-nascido, ou indicação do anestesista por receio dos efeitos adversos da anestesia, ou indicação do obstetra por uma condição materna pós parto considerada ruim; recusa da paciente, tanto por preferir amamentar em outro momento ou por outros motivos; cansaço materno; dor materna no pós parto. Essas causas são consideradas modificáveis, em que a melhoria da assistência materna e perinatal levam à uma diminuição expressiva de sua ocorrência [11].

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo identificar a taxa de sucesso do AMPHV e os fatores maternos e neonatais associados ao sucesso do AMPHV nos recém-nascidos da Maternidade Municipal de São Vicente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal observacional realizado através da coleta de dados dos livros de parto fornecidos pela Maternidade Municipal de São Vicente, localizada no município de São Vicente - SP, cujo conteúdo diz respeito aos prontuários das gestantes internadas, com informações referentes à identificação da mãe (nome, idade e procedência), data de internação, data do parto, antecedentes obstétricos, idade gestacional, diagnósticos obstétricos de normalidade e patológico atual, indução ou condução do parto, via de parto, apresentação fetal, presença ou não de intercorrências intrapartais, classificação de Robson, quem realizou o parto, presença de acompanhante e informações do RN: sexo, medidas antropométricas, escore de Apgar, presença de AMPHV, contato pele a pele e temperatura. A coleta dos dados foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município de São Vicente no dia 03/05/2021 e o parecer consubstanciado encontra-se anexo (Figura 1). O estudo foi conduzido de acordo com os padrões éticos estabelecidos na Declaração de Helsinki de 1964 e suas alterações posteriores. A coleta de dados foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente e aprovada pelo comitê de ética (CAAE: 47539321.0.0000.5436).

A Maternidade Municipal de São Vicente é um hospital público de risco habitual, que possui ao total 45 leitos (29 convencionais, 4 Canguru, 7 na Unidade de Terapia Intensiva neonatal II e outros 5 na Unidade de Terapia Intensiva intermediária neonatal), sendo que os quartos são compartilhados. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre o município de São Vicente mostram uma densidade demográfica de 2.247,88 habitantes/km² e um produto interno bruto (PIB) per capita de 15.006,76 reais. (IBGE, 2010)¹². De acordo com dados coletados pelo DATASUS, a taxa de natalidade do município foi de 7,14 em 2010.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2021. A amostra do estudo foi baseada nos RN que nasceram entre os meses de janeiro de dezembro de 2020, e foram identificados 1638 RN neste período. A amostra total foi de 1638 binômios mãe-bebê. Destes, foram excluídos 22 partos de gêmeares. Posteriormente, dois natimortos foram excluídos, seguidos por 147 partos com dados incompletos, os quais não poderiam ser usados para a análise. Em seguida, 12 partos foram desconsiderados por serem de gestantes portadoras de HIV. Partos domiciliares também não foram incluídos, sendo 13 descritos. Ao final, todos os RN prematuros (147 crianças) e os RN encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva também foram retirados da análise. Em suma, foram considerados 1235 binômios mãe-bebê na amostra final.

Em seguida, os dados obtidos nos livros de parto foram transcritos para uma tabela no computador, elaborada por meio do programa Microsoft Excel Office 2013, de acordo com as seguintes variáveis: idade materna, paridade, número de consultas pré-natais, presença de diabetes gestacional, presença de pré-eclâmpsia, uso de ocitocina durante o trabalho de parto, presença de acompanhante, via de parto, sexo do recém-nascido, peso de nascimento, peso em relação a idade gestacional, contato pele a pele, escore de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida e temperatura do recém-nascido.

A análise estatística foi realizada através do programa Microsoft Excel Office 2013. Para a caracterização da população de estudo, as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, e as quantitativas, por medidas de tendência central e de dispersão. O teste do qui-quadrado de Pearson, em um nível de significância de 5%, foi utilizado para verificar diferenças nas proporções de AMPHV, relativamente às variáveis independentes do estudo. A análise dos fatores associados ao AMPHV foi realizada por regressão de Poisson. Realizou-se análise bruta estimando-se as razões de prevalência (RP) brutas e respectivos intervalos de confiança (IC) 95%. Foram consideradas como significativamente associadas ao AMPHV as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$ no modelo de regressão. As variáveis independentes foram agrupadas em três blocos, categorizadas e tabeladas conforme descrito a seguir. Variáveis relacionados à mãe: idade materna (em anos: <15; 15-19; 20-24; 25-34; ≥35), paridade

(1; 2 ou 3; 4 ou mais), número de consultas de pré-natal (<6; ≥6), diabetes mellitus gestacional (não; sim), pré-eclâmpsia (não; sim). Variáveis relacionados à assistência ao parto: uso de ocitocina intraparto (não; sim), via de parto (vaginal; cesárea), contato pele a pele (não; sim), acompanhante (não; sim). Variáveis relacionadas ao RN (sexo do RN (masculino; feminino), peso ao nascer (em gramas, <2000; 2000-4000; >4000), peso para idade gestacional (pequeno para a idade gestacional; adequado para idade gestacional; grande para a idade gestacional), Apgar do 1º minuto (<7; 7 a 10), Apgar do 5º minuto (<7; 7 a 10), temperatura do RN (em graus celsius, <36; 36-37,5; >37°C).

O presente estudo possui fonte de financiamento próprio e os autores não possuem conflito de interesses a declarar.

RESULTADOS

De um total de 1235 binômios mãe-bebê, a prevalência encontrada de AMPHV global da amostra estudada foi de 81,05%.

Variáveis relacionadas à mãe

Os dados maternos relacionados ao sucesso do AMPHV estão sumarizados na tabela 1. Não se observou significância estatística para sucesso no AMPHV em relação à idade materna, paridade, número de consultas no pré-natal, presença de Diabetes Mellitus Gestacional ou Pré-eclâmpsia.

Tabela 1 - Variáveis relacionadas à mãe					
Variável	n (%)	Taxa de aleitamento materno na primeira hora de vida (%)	RP	IC 95%	P Valor
Idade Materna					
Média ± DP	26.1±6.9				
<15 anos	14 (1.1)	78.6	1.00		
15-19 anos	203 (16.4)	79.8	1.04	0.76-1.41	0.81
20-24 anos	363 (29.4)	82.4	1.07	0.79-1.45	0.66
25-34 anos	484 (39.2)	81.4	1.06	0.78-1.43	0.71
>35 anos	171 (13.8)	78.9	1.03	0.75-1.40	0.87
Paridade					
1	369 (29.9)	80.2	1.00		
2 ou 3	573 (46.4)	81.3	1.01	0.95-1.08	0.67
4 ou mais	293 (23.7)	81.6	1.02	0.94-1.09	0.66
Consultas pré-natal					
0 a 6	349 (28.9)	81.9	1.00		
6 ou mais	860 (71.1)	80.7	0.99	0.93-1.05	0.61
Diabetes Mellitus Gestacional					
Não	1192 (96.5)	81.5	1.00		
Sim	43 (3.5)	69.8	0.86	0.70-1.05	0.13
Pré-eclâmpsia					
Não	1231 (99.7)	81.1	1.00		
Sim	4 (0.3)	75.0	0.93	0.53-1.63	0.87
Legenda: n = amostra, RP = Razão de prevalência, IC = Intervalo de confiança					
Fonte: dados coletados através dos livros de parto da Maternidade Municipal de São Vicente.					

Variáveis relacionadas à assistência ao parto

Os dados da assistência ao parto relacionados ao sucesso do AMPHV estão sumarizados na tabela 2. A prevalência de início do AMPHV foi maior entre as mulheres que usaram ocitocina em comparação com quem não utilizou (RP 1,16; IC 95% 1,11;1,22). A via de parto vaginal apresentou-se como fator protetor para o sucesso do AMPHV (RP 1,0; IC 95% 0,73;0,82), assim como a presença de contato pele a pele (RP 1,37; IC 95%

1,27;1,47). Não se observou significância estatística para sucesso no AMPHV em relação à presença de acompanhante.

Tabela 2 – Variáveis relacionadas à assistência ao parto.

Variável	n (%)	Prevalência do AMPHV (%)	RP	IC 95%	P Valor
Uso de Ocitocina					
Não	869 (70.4)	77.3	1.00		
Sim	366 (29.6)	89.9	1.16	1.11-1.22	<0.0001
Via de Parto					
Vaginal	690 (56.0)	90.0	1.00		
Cesárea	543 (44.0)	69.6	0.77	0.73-0.82	<0.0001
Contato pele a pele					
Não	452 (36.9)	65.7	1.00		
Sim	772 (63.1)	89.9	1.37	1.27-1.47	<0.0001
Acompanhante					
Não	529 (42.8)	81.7	1.00		
Sim	706 (57.2)	80.6	0.99	0.94-1.04	0.63

Legenda: n = amostra, PR = Razão de Prevalência, IC = Intervalo de Confiança
Fonte: dados coletados através dos livros de parto da Maternidade Municipal de São Vicente.

Variáveis relacionadas ao recém-nascido

Os dados do RN relacionados ao sucesso do AMPHV estão sumarizados na tabela 3. O sexo feminino foi associado maior taxa de sucesso do AMPHV (RP 1,06; IC 95% 1,01;1,12) e não se observou diferença para o baixo peso ao nascer ou macrosomia dentre os RN com 37 semanas ou mais de idade gestacional avaliados, nem quando comparados em relação à classificação de peso para idade gestacional. O índice Apgar maior ou igual a 7 no primeiro minuto (RP 1,40; IC 95% 1,18;1,65) foi associado a maiores taxas de sucesso do AMPHV. A temperatura ao nascer entre 36°C e 37,5°C obteve melhor taxa de AMPHV (RP 1,09; IC 95% 1,00;1,18) em relação aos RN com hipotermia (temperatura abaixo de 36°C).

Tabela 3 – Variáveis relacionadas ao RN

Variáveis	n (%)	Prevalência do AMPHV (%)	RP	IC 95%	P Valor
Sexo do RN					
Masculino	630 (51.0)	78.7	1.00		
Feminino	605 (49.0)	85.5	1.06	1.01-1.12	0.03
Peso ao nascer					
<2500g	53 (4.3)	86.8	1.00		
2500-4000g	1132 (91.7)	80.7	0.93	0.83-1.04	0.19
>4000g	50 (4.0)	84.0	0.97	0.83-1.14	0.69
Peso para idade gestacional					
Pequeno para idade gestacional		99 (8.0)	82.8	1.00	
Adequado para idade gestacional	1010 (81.8)	80.6	0.97	0.89-1.07	0.57
Grande para idade gestacional	126 (10.2)	83.3	1.01	0.89-1.13	0.92
Apgar 1º minuto					
<7	99 (8.1)	59.6	1.00		
7 a 10	1130 (91.9)	83.2	1.40	1.18-1.65	<0.0001
Apgar 5º minuto					
<7	3 (0.2)	33.3	1		
7 a 10	1227 (99.8)	81.3	2.44	0.49-12.09	0.27
Temperatura do RN					
<36°C	227 (20.8)	75.8	1.00		
36 a 37.5°C	858 (78.7)	82.4	1.09	1.00-1.18	0.04
>37.5°C	5 (0.5)	20.0	0.26	0.05-1.53	0.14

Legenda: n = Amostra, RP = Razão de Prevalência, IC = Intervalo de Confiança, g = Gramas, °C = Celsius
Fonte: dados coletados através dos livros de parto da Maternidade Municipal de São Vicente.

Dentre todas as variáveis, o uso de ocitocina, via de parto, contato pele a pele, sexo do RN, Apgar do 1º minuto e temperatura do RN foram os dados estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A prevalência global de AMPHV encontrada no presente estudo foi de 81,05%, quase o dobro da taxa do último levantamento da média nacional, de 42,9%. A partir da classificação da OMS, a prevalência de AMPHV dentro da maternidade municipal de São Vicente é considerada como “boa” (50-89%), enquanto que a taxa nacional é classificada como “razoável” (30-49%). Embora a maternidade do presente trabalho não preencha todos os critérios para ser classificada como um hospital amigo da criança (HAC), sua taxa de AMPHV é relativamente alta quando comparada com o restante do país [7, 12].

Devemos destacar que a maior parte da amostra nasceu durante a pandemia do SARS-COV-2 e mesmo com essa possível interferência a taxa de sucesso do AMPHV foi maior que a média nacional estabelecida antes da pandemia. Até a data de publicação do presente estudo não existem evidências de transmissão vertical do Sars-Cov-2 através do aleitamento materno, sendo que a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda a sua manutenção durante a primeira hora de vida, com o uso de máscara e higienização das mãos antes e após a mamada. Em situações em que a parturiente for sintomática ou teve contato com pessoa com Síndrome Gripal ou infecção respiratória comprovada por Sars-Cov-2 nos últimos 14 dias, o aleitamento deverá ser adiado até que se tenha adotado medidas de higiene e de prevenção da contaminação do RN [12, 13].

Embora alguns estudos não tenham evidenciado diferença no uso de ocitocina intraparto, e outros até tenham demonstrado uma associação negativa quanto a sua administração, como o estudo de Gomes et al 2018, o presente trabalho observou uma associação positiva, de cerca de 16% (RP 1,16; IC95% 1,11;1,22), entre o uso de ocitocina e o sucesso do aleitamento materno logo após o parto. Considerando a fisiologia do aleitamento materno, a ocitocina endógena é um hormônio essencial para a ejeção do leite. Sua utilização, pela administração exógena com objetivo de contração uterina como ferramenta de auxílio ao parto normal poderia também facilitar a contração das células mioepiteliais presentes na mama, favorecendo a ejeção de leite e consequentemente aumentando a taxa de aleitamento materno na primeira hora de vida. Todavia, o uso de ocitocina está relacionado ao aumento da ocorrência de parto vaginal, que por sua vez aumenta a taxa de sucesso de AMPHV; logo o efeito benéfico da ocitocina encontrado no presente estudo provavelmente sofre interferência de seu sucesso na indução de parto quando necessária, sendo questionável seu efeito direto na taxa de sucesso de AMPHV [6, 14].

Quanto à via de parto, o parto vaginal foi fator protetor para AMPHV. Parto cesárea obteve uma taxa de AMPHV de cerca de 23% menor (RP 0,77; IC95% 0,73;0,82). Reiterando uma associação já encontrada em diversos estudos, como por exemplo, o trabalho de Boccolini et al (2011), que avaliou 8.397 crianças e obteve uma RP para parto cesárea de 0,49; IC99% 0,24; 0,72, quando comparada com via de parto vaginal. No entanto, apesar do PC em nosso estudo demonstra menor taxa de AMPHV (69,6%), ele ainda está acima do preconizado pela OMS para os hospitais amigos da criança, sendo estes a taxa de 80% das mães com parto normal e 50% daquelas submetidas ao parto cesáreo. A via de parto cirúrgica leva consigo todas as rotinas pré e pós operatórias, possíveis complicações inerentes ao ato cirúrgico, além da Resposta Endócrina-Metabólica-Imunológica ao Trauma (REMIT). Devido ao sobreuso dessa via de parto na prática obstétrica, a OMS efetuou um grande estudo e concluiu que a taxa de cesárea deveria ser em torno de 15%. Em nosso estudo obtivemos uma taxa de 44% de cesarianas, perto da média nacional, de 52% (2010), mas ainda longe da taxa preconizada pela OMS. Em contrapartida, o parto vaginal possibilita que a mãe se encontre em uma posição mais livre e seja capaz de identificar no recém-nascido sinais de que o mesmo está apto para ser amamentado [15-23].

O contato pele a pele é outro importante fator contribuinte para o sucesso do AMPHV obtido neste estudo, com RP de 1,37 e IC95% de 1,27;1,47. Isso porque durante o contato imediato e ininterrupto com a mãe, a criança passa por 9 estágios instintivos

do processo de amamentação documentados por Widström. Durante o estágio 7, o RN encontra o mamilo materno e se familiariza com ele, até que evolui para o estágio 8, quando começa a fazer a sucção. A interrupção precoce desse processo afeta o sucesso do AMPHV pois o contato pele a pele faz parte do processo instintivo de amamentação. Assim, a OMS recomenda evitar a separação da mãe após o nascimento, se possível, impedindo a interrupção do contato pele a pele e não levar ao retardo da primeira amamentação [24-27].

Em nosso estudo, RN do sexo feminino apresentaram maiores taxas de AMPHV do que o sexo masculino, cerca de 6% a mais (RP 1,06; IC95% 1,01;1,12). Em uma revisão sistemática sobre os fatores associados ao sucesso do aleitamento (Senarath U et al, 2012) foi analisada a relação entre sexo feminino e sucesso do AMPHV e de 12 trabalhos, totalizando uma avaliação de 2735 crianças, sendo que apenas 1 trabalho apresentou associação positiva, todavia, nem o autor da revisão quanto do artigo propuseram hipóteses para tal associação. Em nosso trabalho, apesar da associação positiva, essa associação foi modesta, se aproximando muito de uma RP de 1,00 em seu mínimo de IC [28, 29].

Em relação a temperatura do RN, é importante destacar que temperaturas adequadas propiciam um menor gasto calórico e consumo de oxigênio. Do contrário, na presença de temperatura abaixo do ideal, é possível que o RN apresente eventos metabólicos extremamente desfavoráveis, como hipoxemia e acidose. Isso pode explicar o porquê RN com temperatura axilar entre 36o C a 37,5o C obtiveram maior associação benéfica com o sucesso de taxa de AMPHV quando comparados com os RN com temperatura menor de 36o C, com RP cerca de 9% maior (RP 1,09; IC95% 1,00;1,18). Além deste dado, evidências apresentadas por um estudo randomizado controlado dirigido por Srivastava et al 2014, apontam que um contato pele a pele precoce é responsável por prevenir a hipotermia no RN, bem como garantir maior competência para a sua sucção e aumentar a chance deste bebê receber aleitamento materno nos próximos meses [30, 31].

Em relação ao escore de Apgar no 1º minuto, ele pareceu ser um bom preditor de AMPHV (com RP 1,40 e IC95% 1,18;1,65 no Apgar do 1º minuto) já que a vitalidade do RN está diretamente relacionada à necessidade de cuidados imediatos, como clampeamento precoce do cordão, ventilação com pressão positiva, intubação, necessidade de reposição volêmica, drogas vasoativas, reanimação neonatal, que podem dificultar muito o contato imediato com a mãe e, conseqüentemente, o AMPHV. Além disso, alguns estudos, como o conduzido por Matias et al em 2009 e o conduzido por Brimdyr et al em 2015, observaram que RN nascidos de parto vaginal, com Apgar no 1º minuto menor ou igual a 7 apresentam uma sucção ineficaz, e que suas mães têm um atraso na lactogênese, o que dificulta o sucesso do AMPHV. Ademais, além da pontuação do Apgar, o auxílio por parte dos profissionais de saúde também influencia o AMPHV tendo em vista que, em um estudo conduzido por Monte et al e realizado na maternidade de Recife em 2012, 59,3% dos RN com escore de Apgar maior ou igual a 6 no 1º minuto de vida não receberam AMPHV por falta de assistência técnica oferecida pelos profissionais às puérperas no momento do parto, como incentivar o contato pele a pele, apoiar e esclarecer a importância do AMPHV [32-34].

A presente pesquisa possui algumas limitações de naturezas intrínseca e extrínseca. Primeiramente, observa-se um curto intervalo de análise (apenas 12 meses), reduzindo a possibilidade de generalização dos dados coletados e impossibilitando uma análise pré e pós pandemia de COVID-19. Pandemia esta, que pode ter enviesado nossa amostra, não podendo ser generalizada para outros períodos, devido a excepcionalidade da época estudada.

Outro fator limitante é o fato do desenho do estudo ser um estudo transversal observacional documental, que diminui significativamente a capacidade de inferir causalidade direta aos dados, pois sem a prospecção não se pode afirmar nenhuma causa e efeito.

Em questão da base de dados utilizada, esta não era condicionada para uma análise profunda sobre AMPHV, ou seja, muitas informações possivelmente importantes não estavam disponíveis. Por exemplo, cor da pele da mãe, escolaridade materna, trabalho e renda materna, quanto tempo até o início do AMPHV, tipo de analgesia, a presença de orientações sobre a pega adequada na sala de parto, se houver necessidade de reanimação neonatal e dados mais detalhados sobre o pré-natal.

Além disso, podemos constatar dois possíveis vieses de amostragem. O primeiro sendo que nosso estudo foi realizado somente em uma maternidade de risco habitual, obtendo assim uma amostra de pacientes com menos comorbidades e com menos fatores que poderiam interferir na taxa de AMPHV. O segundo foi a necessidade de exclusão de 147 pacientes por ter sua lacuna de AMPHV no livro de parto em branco. Possivelmente, essa falta de preenchimento não foi aleatória e por consequência tenhamos analisado uma amostra seleta, que pode ter superestimado a prevalência de AMPHV.

Dos indicadores, em específico, o uso de ocitocina, existe a possibilidade da ocorrência do fator de confusão com o parto normal, pois o uso deste medicamento é mais prevalente no grupo de via de parto vaginal, ou seja, a associação positiva pode ter acontecido por conta da via de parto e não pelo uso da ocitocina.

Para próximos estudos, seria fundamental obter um maior intervalo de tempo para análise, principalmente com o intuito de se avaliar o impacto da pandemia no AMPHV. Além disso, é de extrema importância utilizar uma base de dados específica para AM, viabilizando uma análise mais profunda dos marcadores e desta forma reduzindo os fatores de confusão.

CONCLUSÃO

É notável a multifatorialidade do sucesso do AMPHV. Em nosso estudo, encontramos associação significativa principalmente de três variáveis: a via de parto, o contato pele a pele e os indicadores relacionados ao bem estar fetal (APGAR do 1º e 5º minuto, destino do RN e temperatura do RN). Logo, as metas de políticas públicas devem sempre estar voltadas à promoção e esclarecimento, desde o pré-natal até a assistência ao parto, da importância do aleitamento materno e aos benefícios de seu início precoce. Além disso, a prevenção de patologias associadas ao sofrimento fetal é essencial e imprescindível para garantir o sucesso do aleitamento materno. Já a nível institucional, as medidas devem ser centradas na redução do sobreuso do parto cesárea e na promoção do contato pele a pele e do AMPHV na sala de parto.

Vencer todas as barreiras socioculturais sobre o aleitamento materno é fundamental para que se alcance índices cada vez maiores de recém-nascidos amamentados na primeira hora de vida.

REFERÊNCIAS

1. WHO Collaborative Study on Breast Feeding & World Health Organization. (1981). Contemporary patterns of breast feeding: report on the WHO Collaborative Study on Breast Feeding. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40079>
2. UNICEF/WHO. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 4, Hospital Self Appraisal and Monitoring, Preliminary Version, January 2006
3. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington (DC); 2010.

4. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5(5):CD003519. Published 2012 May 16. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub3
5. Wight NE. Hypoglycemia in breastfed neonates. *Breastfeed Med*. 2006;1(4):253-262. doi:10.1089/bfm.2006.1.253
6. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Tratado de Pediatria*. 4 ed. Barueri, SP: Manole; 2017
7. Unicef/Marco Dormino. Mais da metade dos bebês não são amamentados na primeira hora de vida. *ONU News [Internet]*. 2018 July 31 [cited 2021 June 1]; [about 3 screens]. Available from: <https://news.un.org/pt/story/2018/07/1632842>
8. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490. doi:10.1016/S0140. 6736(15)01024.7
9. Benatti Antunes Marcos, Demitto Marcela de Oliveira, Gramazio Soares Larissa, Trindade Radovanovic Cremilde Aparecida, Harumi Higarashi Ieda, Ichisato Sueli Mutsumi Tsukuda et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *av.enferm. [Internet]*. 2017 Apr [cited 2021 June 01] ; 35(1): 19.29. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121.45002017000100003&lng=en. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>.
10. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. - Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. - (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 978.85.334.1598.0
11. Belo, Mércia Natália Macêdo et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]*. 2014, v. 14, n. 1 [Acessado 06 Novembro 2021], pp. 65-72. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519.38292014000100006>>. ISSN 1806.9304. <https://doi.org/10.1590/S1519.38292014000100006>.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf Acesso: 6 nov. 2021.
13. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Aleitamento Materno (2019.2021). Nota de Alerta: Aleitamento Materno em tempos de COVID.19 - recomendações na maternidade e após a alta. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/22467f.NA._AleitMat_tempos_COVID.19._na_matern_e_apos_alta.pdf Acesso em: 6 de novembro de 2021.
14. Marina Gomes, Vera Trocado, Mariana Carlos.Alves, Diana Arteiro & Paula Pinheiro (2018) Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38:6, 745-749, DOI: 10.1080/01443615.2017.1405924
15. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AG. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):69-78. DOI:10.1590/S0034.89102010005000051

16. Hazir T, Akram DS, Nisar YB, Kazmi N, Agho KE, Abbasi S, et al. Determinants of suboptimal breast-feeding practices in Pakistan. *Public Health Nutr.* 2013;16(4):659-72. DOI:10.1017/S1368980012002935
17. Oliveira MIC, Silva KS, Gomes Jr SC, Fonseca VM. Delivering rapid HIV tests results after delivery: a threat to breastfeeding at birth. *Rev Saude Publica.* 2010;44(1):60-9. DOI:10.1590/S0034.89102010000100007
18. Pandey S, Tiwari K, Senarath U, Agho KE, Dibley MJ, Roy SK, et al. Determinants of infant and young child breastfeeding practices in Nepal: Secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2006. *Food Nutr Bull.* 2010;31(2):334-51.
19. Patel A, Badhoniya N, Khadse S, Senarath U, Agho KE, Dibley MJ, et al. Infant and young child feeding indicators and determinants of poor feeding practices in India: secondary data analysis of National Family Health Survey 2005.06. *Food Nutr Bull.* 2010;31(2):314-33.
20. Patel A, Banerjee A, Kaletwad A. Factors associated with prelacteal feeding and timely initiation of breastfeeding in hospital-delivered infants in India. *J Hum Lact.* 2013;29(4):572-8. DOI:10.1177/0890334412474718
21. Pereira, Célia Regina Vianna Rossi et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online].* 2013, v. 16, n. 2 [Acessado 6 Novembro 2021], pp. 525-534. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415.790X2013000200026>>. ISSN 1980.5497. <https://doi.org/10.1590/S1415.790X2013000200026>
22. Silva, Juliane Lima Pereira da et al. FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA 1 Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança, apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em 2017. *Texto & Contexto. Enfermagem [online].* 2018, v. 27, n. 4 [Acessado 6 Novembro 2021], e4190017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104.07072018004190017>>. Epub 31 Jan 2019. ISSN 1980.265X. <https://doi.org/10.1590/0104.07072018004190017>.
23. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;2(8452):436-7.
24. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalinas P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011;100(1):79-85. doi:10.1111/j.1651.2227.2010.01983.x
25. Robiquet P, Zamirara PE, Rakza T, et al. Observation of Skin-to-Skin Contact and Analysis of Factors Linked to Failure to Breastfeed Within 2 Hours After Birth. *Breastfeed Med.* 2016;11:126-132. doi:10.1089/bfm.2015.0160
26. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet.* 1990;336(8723):1105-1107. doi:10.1016/0140.6736(90)92579.7
27. World Health Organization (WHO). Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 1998 https://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf
28. Esteves, T. M. B., Dumas, R. P. Oliveira, M. I. C. de Andrade, C. A. de F. de, & Leite, I. C. (2014). Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 48(4), 697-708. doi:10.1590/s0034.8910.2014048005278

29. Senarath U, Siriwardena I, Godakandage SS, Jayawickrama H, Fernando DN, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding practices: an analysis of the Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006.2007. *Matern Child Nutr.* 2012;8(3):315.329. doi:10.1111/j.1740.8709.2011.00321.x
30. Chiu SH, Anderson GC, Burkhammer MD. Newborn temperature during skin-to-skin breastfeeding in couples having breastfeeding difficulties. *Birth.* 2005;32(2):115.121. doi:10.1111/j.0730.7659.2005.00354.x
31. Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian J Public Health.* 2014;58(1):22.26. doi:10.4103/0019.557X.128160
32. Matias SL, Nommsen.Rivers LA, Creed.Kanashiro H, Dewey KG. Risk factors for early lactation problems among Peruvian primiparous mothers. *Matern Child Nutr.* 2010;6(2):120.133. doi:10.1111/j.1740.8709.2009.00195.x
33. Brimdyr K, Cadwell K, Widström AM, et al. The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin.to.Skin During the First Hour After Birth. *Birth.* 2015;42(4):319.328. doi:10.1111/birt.12186
34. Santos Brandão Monte, Giselle Carlos, Pedrosa Leal, Luciana, Pontes, Cleide Maria, AVALIAÇÃO DO 4º PASSO PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA. *Rev Rene [Internet].* 2012;13(4):861.870. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983016>