



-  Alanderson Alves Ramalho ¹
-  Fernanda Andrade Martins¹
-  Thaíla Alves dos Santos Lima²
-  Andréia Moreira de Andrade¹
-  Rosalina Jorge Koifman^{1,3}

¹ Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio Branco, AC, Brasil.

² Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Curso de Medicina. Rio Branco, AC, Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência

Alanderson Alves Ramalho
alandersonalves@hotmail.com

Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, Acre

Factors associated with breastfeeding in the first hour of life in Rio Branco, Acre, Brazil

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência e analisar os fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, Acre. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal de base populacional, com 1144 binômios mãe/recém-nascido pertencentes a uma coorte materno-infantil em Rio Branco, capital do Estado do Acre, Brasil. A coleta de dados ocorreu nas duas únicas maternidades da capital. A variável dependente “amamentação na primeira hora de vida” foi construída por meio da categorização do tempo até a primeira amamentação coletada em minutos, e seus fatores associados foram identificados por meio de regressão logística múltipla e hierarquizada. **Resultados:** A prevalência de amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco foi 58,2% (IC95%: 55,2% - 61,2%). Nos níveis distais e intermediários, estiveram associados ao desfecho: escolaridade materna, classe socioeconômica, número de moradores no domicílio, trabalho materno e hipertensão na gestação. No modelo proximal, a amamentação na primeira hora de vida esteve inversamente associada à hipertensão gestacional (RC: 0,68; IC 95%: 0,47 - 0,98), parto cesáreo (RC: 0,15; IC 95%: 0,11 - 0,20) e baixo peso ao nascer (RC: 0,32; IC 95%: 0,19 - 0,55). **Conclusão:** Os principais empecilhos para a amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco são o parto cesáreo e o baixo peso ao nascer.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Recém-Nascido. Período Pós-Parto. Saúde materno-infantil. Modelos Logísticos.

Abstract

Objective: To determine the prevalence and to analyze factors associated with breastfeeding in the first hour of life in Rio Branco, Acre. *Methods:* To determine the prevalence and to analyze factors associated with breastfeeding in the first hour of life in Rio Branco, Acre. *Results:* The prevalence of breastfeeding in the first hour of life in Rio Branco was 58.2% (95% CI: 55.2% - 61.2%). At distal and intermediate levels were associated with the outcome: maternal schooling, socioeconomic class, number of residents at home, maternal work and hypertension during pregnancy. In the proximal model, breastfeeding in the first hour of life was inversely associated with gestational hypertension (OR: 0.68, 95% CI: 0.47-0.98), cesarean section (OR: 0.15, 95% CI: 0.11-0.20) and low birth weight (OR: 0.32, 95% CI: 0.19 - 0.55). *Conclusion:* The main obstacles to breastfeeding in the first hour of life in Rio Branco are cesarean delivery and low birth weight.

Keywords: Breast feeding. Infant. Newborn. Postpartum Period. Maternal and Child Health. Logistic Models.

INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno é de fundamental importância para o crescimento e desenvolvimento físico e psicológico da criança,¹ sendo considerada prática protetora às morbidades e mortalidade infantil, devido a sua relação inversa com doenças perinatais, principalmente as infecciosas.²⁻⁶

Estudos sugerem que lactentes amamentados ao seio materno apresentam melhor neurodesenvolvimento^{7,8} e menor risco para distúrbios atópicos, episódios de otite média, doenças gastrointestinais e obesidade infantil.^{5,6,9-11}

O contato pele a pele precoce entre recém-nascido e mãe apresenta efeitos fisiológicos positivos para a mãe^{12,13} e recém-nascido,¹⁴ além de promover o fortalecimento do vínculo materno-infantil,^{1,12} aumentar a probabilidade de a criança receber o colostro,^{12,15} aumentar a duração do aleitamento materno¹⁶ e reduzir a mortalidade neonatal.¹⁷

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam colocar os recém-nascidos em contato com suas mães imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora, e encorajá-las a reconhecerem quando estejam prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessário,¹⁵ pois no período do pós-parto imediato, o recém-nascido está mais apto para estabelecer a amamentação,¹⁸ tendo habilidade para rastejar em direção à região mamilo-areolar e sugar espontaneamente nos primeiros 60 minutos.¹⁹ Após esse período, muitos recém-nascidos entram na fase do sono,²⁰ prejudicando a amamentação.

Sendo assim, a amamentação na primeira hora de vida é uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Todavia esta prática ainda se encontra, na maioria dos países, aquém do preconizado pela OMS.²¹

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno estimou que, em 2008, a frequência de amamentação na primeira hora de vida nas capitais do Brasil foi de 67,7%.²² Entre 2011 e 2012, a pesquisa “Nascer no Brasil” estimou prevalência de aleitamento na primeira hora de vida na Região Norte em 57,9%.²³

Os fatores associados à não amamentação na primeira hora de vida mais difundidos na literatura são parto cesáreo, prematuridade, baixa renda familiar, idade materna inferior a 25 anos, baixa escolaridade materna, ausência de consultas pré-natais, ausência de orientação sobre amamentação e parto extra-hospitalar; e nos países em desenvolvimento comumente

apresentam-se de maneira hierarquizada, com fatores distais influenciando o desfecho de maneira direta ou mediada por fatores intermediários e proximais.^{16,24-27}

Entre os estudos que investigaram os fatores associados à amamentação na primeira hora de vida no Brasil, nenhum foi realizado na Região Norte do país. Desta forma, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e analisar os fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em uma coorte materno-infantil em Rio Branco, estado do Acre.

MÉTODO

Estudo transversal de base populacional desenvolvido em uma coorte materno-infantil em Rio Branco, Acre. A capital do Acre concentra 47,32% do total da população do estado, sendo que 89,42% da população encontram-se na zona urbana. A área total do município compreende 8.835,541 km². Em Rio Branco, no ano de 2015 nasceram vivas 9.638 crianças, e 27,7% das mães residiam em outro município. Dos 6.965 nascidos vivos cujas mães residiam na capital, apenas 0,11% ocorreram em ambiente extra-hospitalar.

Para a determinação do tamanho mínimo da amostra, adotou-se a prevalência esperada de 50%, com a precisão fixada para um erro de amostragem em 0,05, nível de 95% de confiança, poder de 80% e razão de chances de 2. O tamanho mínimo estimado da amostra foi de 964 nascidos vivos. Para minimizar os efeitos de não resposta, foram acrescidos 10%, resultando em amostra estimada em 1.060 nascidos vivos.

Foram incluídos neste estudo os recém-nascidos de parto intra-hospitalar em Rio Branco, Acre, cujas mães residiam na área urbana da capital e foram internadas para o parto entre abril e junho de 2015. Foram excluídos os recém-nascidos de gestações múltiplas e os filhos de mulheres que não souberam informar sobre o tempo para a primeira amamentação. Das 1.205 mães elegíveis, 11 foram excluídas devido a gestação gemelar e quatro por terem diagnóstico positivo para HIV durante o pré-natal. Foram perdidas 43 mães, por não terem informações sobre o tempo para a primeira amamentação.

A coleta de dados ocorreu nas duas maternidades de Rio Branco, por meio da transcrição dos prontuários hospitalares, cartão da gestante e entrevista com as mães utilizando instrumento semiestruturado destinado a obter informações socioeconômicas, demográficas, hábitos maternos, atenção pré-natal e parto. O instrumento de coleta de dados foi pré-testado e aplicado por acadêmicas da área de ciências da saúde. As entrevistas foram realizadas no interior das maternidades, sendo as mães abordadas cerca de 12 horas após o parto. As auxiliares de pesquisa trabalharam em regime de escalas e rodízio de trabalho, para cobrir

todos os dias em tempo integral. As entrevistadoras foram treinadas com o intuito de obter padronização e uniformidade de procedimentos na coleta de dados.

As variáveis independentes foram as condições socioeconômicas (características domiciliares e pessoais da mãe), atenção ao pré-natal, características maternas gestacionais, atenção hospitalar e características do recém-nascido (figura 1). As variáveis domiciliares foram presença de esgoto a céu aberto no ambiente peridoméstico, banheiro com água encanada no domicílio, número de moradores no domicílio, renda familiar, receber Bolsa Família, classe socioeconômica e número de bens. A variável “número de moradores no domicílio” foi apresentada em duas categorias: 1 ou 2 moradores e 3 ou mais moradores. A renda familiar foi transformada em salários mínimos (SM), considerando o salário vigente em 2015 (R\$788,00) e apresentada em “menor de 1,5 SM” e “igual ou superior a 1,5 SM”. A variável “classe socioeconômica” foi definida pelos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa de 2014 (Critérios de Classificação Econômica do Brasil. <http://www.abep.org/criterio-brasil>, acessado em 15/10/2015), em classes A, B, C, D e E. Para a análise dos dados, esses critérios foram agrupados em classes alta (A e B) e baixa (C, D e E). A variável “número de bens” foi obtida pela arguição de presença de 13 bens de consumo e utilidades domésticas e apresentados em duas categorias “menos de 7 bens” e “7 ou mais”.

As características pessoais da mãe foram: idade materna, cor da mãe, escolaridade materna, trabalho materno, situação conjugal da mãe, mãe primigesta. A escolaridade foi dicotomizada em “menos de 8 anos de estudo” e “8 anos ou mais”. A variável “situação conjugal da mãe” foi constituída pelas categorias “sem companheiro (solteiras, separadas ou viúvas)” e “com companheiro (casadas ou em união consensual)”.

As variáveis referentes à atenção ao pré-natal foram: realização de pré-natal, tipo de atendimento (público ou privado), número de consultas e orientações sobre aleitamento materno. A variável “número de consultas” foi dicotomizada em “menos de 6 consultas” e “6 ou mais”. As orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal referem-se às orientações gerais de profissional de saúde sobre amamentação, pega correta, estímulo de sucção e produção de leite, ordenha manual, não dar mamadeira ao bebê e duração do aleitamento materno exclusivo.

As variáveis de características maternas gestacionais foram: gravidez planejada, fumo na gestação, consumo de bebida alcoólica na gestação, frequência do consumo de alimentos, morbidades na gestação e alguma internação na gestação. A frequência do consumo de alimentos foi obtida pelas variáveis de consumo regular em “5 vezes ou mais na semana” de frutas e hortaliças, feijões, carnes, frango, carne ou frango com excesso de gordura e leite. As

variáveis de morbidades na gestação foram: hipertensão, anemia, diabetes, infecção urinária e depressão.

As variáveis de atenção hospitalar foram: unidade do parto, tipo de serviço do parto, presença de acompanhante na sala de parto, tipo de parto, recebeu ocitocina, orientação sobre amamentação no pós-parto imediato e auxílio profissional para amamentar. Para a variável “unidade de parto”, a maternidade pública foi denominada Unidade A e a maternidade com administração privada, porém com fornecimento de ambos os tipos de atendimento (público e privado), como Unidade B. A variável “tipo de serviço no parto” foi dicotomizada em “público” e “privado”.

As características dos recém-nascidos foram compostas pelas variáveis: sexo do bebê, baixo-peso ao nascer e prematuridade. O ponto de corte para definição de baixo-peso ao nascer foi “peso ao nascer inferior a 2.500g”, e para a prematuridade, foi “nascimento com idade gestacional inferior a 37 semanas”.

A variável dependente “amamentação na primeira hora de vida” foi construída por meio da categorização do tempo até a primeira amamentação coletada em minutos.

Os dados foram analisados utilizando o software R versão 3.3 (The R Foundation for Statistical Computing). A prevalência do desfecho foi calculada com o respectivo intervalo de confiança. As distribuições das variáveis independentes foram identificadas usando-se o teste *t* de Student, para comparação de médias, e o teste do Qui-Quadrado, para comparação de frequências ou proporções com nível crítico $\alpha = 0,05$.

Para analisar os fatores associados ao desfecho deste estudo, foi adotado um modelo conceitual hierarquizado (figura 1). A análise das variáveis associadas foi feita inicialmente por meio de regressão logística simples e hierarquizada, selecionando-se para os modelos múltiplos aquelas variáveis independentes que apresentaram associações com valor de *p* abaixo de 0,20, por nível de proximidade com o desfecho e em grupos: distais (características domiciliares e pessoais – modelo 1); intermediários (características da atenção ao pré-natal e maternas gestacionais – modelo 2); e proximais (atenção hospitalar e características do recém-nascido – modelo 3). A etapa seguinte envolveu regressão logística múltipla e hierarquizada, e permaneceram nos modelos as associações com valor de *p* abaixo de 0,05. A hierarquização das variáveis permitiu avaliar o efeito dos grupos de variáveis de acordo com a proximidade com o desfecho.

Figura 1. Modelo conceitual hierarquizado para amamentação na primeira hora de vida.

Distal
Características domiciliares
Esgoto a céu aberto no ambiente peridoméstico Banheiro com água encanada Número de moradores no domicílio Renda familiar Bolsa família Classe socioeconômica Número de bens
Características pessoais
Idade da mãe Cor da mãe Escolaridade materna Trabalho materno Situação conjugal da mãe Mãe primigesta
Intermediário
Atenção ao pré-natal
Realizou pré-natal Tipo de atendimento Número de consultas Orientações sobre aleitamento materno
Características maternas gestacionais
Gravidez planejada Fumo na gestação Bebida alcóolica na gestação Frequência do consumo de alimentos Morbidades na gestação Internação na gestação
Proximal
Atenção hospitalar
Unidade do parto Tipo de serviço do parto Acompanhante na sala de parto

Figura 1. Modelo conceitual hierarquizado para amamentação na primeira hora de vida. (cont.)

Atenção hospitalar
Tipo de parto
Recebeu ocitocina
Orientação sobre amamentação no pós-parto imediato
Auxílio profissional para amamentar
Características do recém-nascido
Sexo do bebê
Baixo peso ao nascer
Prematuridade
Adaptado de Boccolini ⁽²⁴⁾

Neste estudo foram observados os princípios éticos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os pesquisadores receberam autorização das duas instituições em que a coleta de dados foi realizada. O projeto matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (CAAE: 40584115.0.0000.5010) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz, CAAE: 57135516.8.0000.5240). A todas as entrevistadas foi garantido o direito de não participação no estudo, bem como lhes foi assegurado o sigilo das informações coletadas.

RESULTADOS

A idade média das 1.144 mães foi 25,2 anos (DP = 6,95), sendo que 25,9% tinham menos de 20 anos; 63,7% entre 20 e 34 anos; e 10,4% tinham idade igual ou superior a 35 anos. Do total de mulheres, 10,5% declararam serem brancas e 20,4% pertenciam às classes socioeconômicas A ou B. Quanto à escolaridade, 6,6% tinham até o ensino fundamental I; 19,5%, ensino fundamental II; 51,4%, ensino médio; e 22,5%, ensino superior. Ao observar as características de nascimento, 51,7% dos partos foram vaginais; 51,8% dos recém-nascidos eram do sexo feminino; 9,7% nasceram pré-termos; e 7,9% apresentaram baixo-peso ao nascer.

A prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi 58,2% (IC95% = 55,2% - 61,2%), e este aleitamento foi mais frequente nas crianças cujas famílias tinham menores condições socioeconômicas como maior número de moradores no domicílio, ausência de banheiro com água encanada nos domicílios, menor número de bens de consumo, beneficiários do Bolsa Família, pertencer às classes C, D e E (tabela 1). Esta prevalência também foi maior quando a mãe era adolescente e tinha escolaridade até oito anos de estudo (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição percentual de crianças amamentadas na primeira hora de vida segundo características socioeconômicas e demográficas. Rio Branco-AC, 2015.

Variável	Amamentação na primeira hora de vida		RC	IC95%	Valor de p
	Não n (%)	Sim n (%)			
<i>Esgoto a céu aberto no ambiente peridoméstico (n= 1136)</i>					
Não	366 (41,6)	513 (58,4)	1,00		
Sim	109 (42,4)	148 (57,6)	0,97	0,73 - 1,28	0,825
<i>Banheiro com água encanada (n= 1130)</i>					
Não	69 (34,2)	133 (65,8)	1,00		
Sim	403 (43,4)	525 (56,6)	0,68	0,49 - 0,93	0,016
<i>Número de moradores no domicílio (n= 1144)</i>					
1 ou 2 moradores	155 (48,1)	167 (51,9)	1,00		
3 ou mais	323 (39,3)	499 (60,7)	1,43	1,11 - 1,86	0,007
<i>Renda familiar (n = 994)</i>					
até 1,5 SM	154 (35,6)	279 (64,4)	1,00		
1,5 SM ou mais	261 (46,5)	300 (53,5)	0,63	0,49 - 0,82	< 0,001
<i>Bolsa família (n = 1087)</i>					
Não	387 (44,1)	490 (55,9)	1,00		
Sim	68 (32,4)	142 (67,6)	1,65	1,2 - 2,27	0,002
<i>Classe socioeconômica (n= 1132)</i>					
A e B	124 (53,7)	107 (46,3)	1,00		
C, D e E	350 (38,8)	551 (61,2)	1,82	1,36 - 2,44	< 0,001
<i>Número de bens (n= 1132)</i>					
menos de 7	202 (36,5)	351 (63,5)	1,00		
7 ou mais	272 (47,0)	307 (53,0)	0,65	0,51 - 0,82	< 0,001
<i>Idade da mãe (n = 1144)</i>					
< 20 anos	99 (33,4)	197 (66,6)	1,00		
20 - 34 anos	322 (44,2)	407 (55,8)	0,64	0,48 - 0,84	0,002
≥ 35 anos	57 (47,9)	62 (52,1)	0,55	0,35 - 0,84	0,006
<i>Cor da mãe (n= 1143)</i>					
Branca	52 (43,3)	68 (56,7)	1,00		
Não branca	426 (41,6)	597 (58,4)	1,07	0,73 - 1,57	0,722
<i>Escolaridade materna (n= 1144)</i>					
até 8 anos de estudo	92 (30,8)	207 (69,2)	1,00		
8 anos ou mais	386 (45,7)	459 (54,3)	0,53	0,40 - 0,70	< 0,001
<i>Trabalho materno (n = 1094)</i>					
Não	255 (36,4)	446 (63,6)	1,00		
Sim	201 (51,1)	192 (48,9)	0,55	0,43 - 0,70	< 0,001
<i>Situação conjugal da mãe (n= 1143)</i>					
Sem companheiro	79 (42,2)	108 (57,8)	1,00		
Com companheiro	398 (41,6)	558 (58,4)	1,03	0,75 - 1,41	0,876
<i>Mãe primigesta (n= 1144)</i>					
Não	276 (39,8)	417 (60,2)	1,00		
Sim	202 (44,8)	249 (55,2)	0,82	0,64 - 1,04	0,096

Houve diferença significativa no percentual de crianças amamentadas na primeira hora de vida segundo tipo de atendimento na atenção pré-natal, sendo mais frequente nas mulheres que o fizeram no atendimento público. Essa diferença também foi observada segundo consumo regular de alimentos na gestação, sendo menos frequente em mulheres que consumiram regularmente frutas e hortaliças, e mais frequente nas que consumiram regularmente carne e frango (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição percentual de crianças amamentadas na primeira hora de vida segundo atenção pré-natal e hábitos maternos e morbidades na gestação. Rio Branco-AC, 2015.

Variável	Amamentação na primeira hora de vida		RC	IC95%	Valor de p
	Não n (%)	Sim n (%)			
<i>Realizou pré-natal (n = 1144)</i>					
Não	4 (50,0)	4 (50,0)	1,00		
Sim	474 (41,7)	662 (58,3)	1,40	0,35 - 5,61	0,639
<i>Tipo de atendimento (n = 1110)</i>					
Público	370 (39,2)	573 (60,8)	1,00		
Privado	94 (56,3)	73 (43,7)	0,50	0,36 - 0,70	< 0,001
<i>Número de consultas (n = 1120)</i>					
menos de 6	114 (25,7)	205 (64,3)	1,00		
6 ou mais	354 (44,2)	447 (55,8)	0,70	0,54 - 0,92	0,01
<i>Durante o pré-natal recebeu orientação profissional sobre...</i>					
<i>...amamentação (n = 926)</i>					
Não	149 (39,6)	227 (60,4)	1,00		
Sim	231 (42,0)	319 (58,0)	0,91	0,69 - 1,18	0,471
<i>...pega correta (n = 897)</i>					
Não	199 (40,0)	299 (60,0)	1,00		
Sim	171 (42,9)	228 (57,1)	0,89	0,68 - 1,16	0,381
<i>...estímulo de sucção e produção de leite (n = 914)</i>					
Não	164 (42,4)	223 (57,6)	1,00		
Sim	213 (40,4)	314 (59,6)	1,08	0,83 - 1,41	0,552
<i>...ordenha manual (n = 914)</i>					
Não	267 (40,4)	394 (59,6)	1,00		
Sim	110 (43,5)	143 (56,5)	0,88	0,66 - 1,18	0,397
<i>...não dar mamadeira ao bebê (n = 905)</i>					
Não	188 (40,0)	282 (60,0)	1,00		
Sim	185 (42,5)	250 (57,5)	0,90	0,69 - 1,17	0,44
<i>...duração do aleitamento materno exclusivo (n = 910)</i>					
Não	156 (41,2)	223 (58,8)	1,00		
Sim	221 (41,6)	310 (58,4)	0,98	0,75 - 1,28	0,89
<i>Gravidez planejada (n = 1139)</i>					
Não	297 (41,2)	424 (58,8)	1,00		
Sim	180 (43,1)	238 (56,9)	0,93	0,73 - 1,18	0,538

Tabela 2. Distribuição percentual de crianças amamentadas na primeira hora de vida segundo atenção pré-natal e hábitos maternos e morbidades na gestação. Rio Branco-AC, 2015. (cont.)

Variável	Amamentação na primeira hora de vida		RC	IC95%	Valor de p
	Não n (%)	Sim n (%)			
<i>Fumo na gestação (n = 1144)</i>					
Não	440 (42,6)	592 (57,4)	1,00		
Sim	38 (33,9)	74 (66,1)	1,45	0,96 - 2,18	0,077
<i>Bebida alcoólica na gestação (n = 1134)</i>					
Não	423 (42,2)	574 (57,6)	1,00		
Sim	52 (38,0)	85 (62,0)	1,20	0,83 - 1,74	0,32
<i>Frequência do consumo de frutas e hortaliças na gestação (n = 1138)</i>					
Menos de 5 vezes na semana	343 (38,8)	541 (61,2)	1,00		
5 vezes ou mais	133 (52,4)	121 (47,6)	0,58	0,44 - 0,76	< 0,001
<i>Frequência do consumo de feijão na gestação (n = 1143)</i>					
Menos de 5 vezes na semana	190 (42,4)	258 (57,6)	1,00		
5 vezes ou mais	287 (41,3)	408 (58,7)	1,05	0,82 - 1,33	0,709
<i>Frequência do consumo de carne na gestação (n = 1142)</i>					
Menos de 5 vezes na semana	300 (44,2)	378 (55,8)	1,00		
5 vezes ou mais	177 (38,1)	287 (61,9)	1,29	1,01 - 1,64	0,04
<i>Frequência do consumo de frango na gestação (n = 1141)</i>					
Menos de 5 vezes na semana	430 (43,0)	569 (57,0)	1,00		
5 vezes ou mais	47 (33,1)	95 (66,9)	1,53	1,05 - 2,21	0,025
<i>Consumo de carne ou frango com excesso de gordura (n = 1125)</i>					
Não	332 (42,9)	441 (57,1)	1,00		
Sim	139 (39,5)	213 (60,5)	1,15	0,89 - 1,49	0,275
<i>Frequência do consumo de leite na gestação (n = 1137)</i>					
Menos de 5 vezes na semana	120 (41,4)	170 (58,6)	1,00		
5 vezes ou mais	353 (41,7)	494 (58,3)	0,99	0,75 - 1,29	0,929
<i>Hipertensão na gestação (n = 1143)</i>					
Não	373 (38,8)	589 (61,2)	1,00		
Sim	104 (57,5)	77 (42,5)	0,47	0,34 - 0,65	< 0,001
<i>Anemia na gestação (n = 956)</i>					
Não	330 (40,0)	495 (60,0)	1,00		
Sim	53 (40,5)	78 (59,5)	0,98	0,67 - 1,43	0,921
<i>Diabetes na gestação (n = 1136)</i>					
Não	427 (41,1)	611 (58,9)	1,00		
Sim	47 (48,0)	51 (52,0)	0,76	0,50 - 1,15	0,192
<i>Infecção urinária na gestação (n = 1132)</i>					
Não	329 (44,8)	406 (55,2)	1,00		
Sim	142 (35,8)	255 (64,2)	1,46	1,13 - 1,87	0,003

Tabela 2. Distribuição percentual de crianças amamentadas na primeira hora de vida segundo atenção pré-natal e hábitos maternos e morbidades na gestação. Rio Branco-AC, 2015. (cont.)

Variável	Amamentação na primeira hora de vida		RC	IC95%	Valor de p
	Não n (%)	Sim n (%)			
<i>Depressão na gestação (n = 1140)</i>					
Não	453 (41,8)	630 (58,2)	1,00		
Sim	24 (42,1)	33 (57,9)	0,99	0,58 - 1,70	0,967
<i>Alguma internação durante a gestação (n = 1109)</i>					
Não	385 (40,7)	560 (59,3)	1,00		
Sim	80 (48,8)	84 (51,2)	0,72	0,52 - 1,01	0,055

Quanto à assistência ao parto, a prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi semelhante nas duas unidades hospitalares, mas a prevalência foi maior em quem não recebeu ocitocina; nos partos realizados pelo serviço público; nos partos com acompanhantes na sala de parto; e o dobro para partos vaginais, quando comparados aos cesáreos (79,5% e 35,3%, respectivamente, tabela 3). As crianças do sexo masculino, as nascidas com baixo-peso e as prematuras tiveram menores prevalências de aleitamento na primeira hora de vida (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição percentual de crianças amamentadas na primeira hora de vida segundo atenção hospitalar, sexo do bebê, baixo peso ao nascer e prematuridade. Rio Branco-AC, 2015.

Variável	Amamentação na primeira hora de vida		RC	IC95%	Valor de p
	Não n (%)	Sim n (%)			
<i>Unidade do parto (n = 1144)</i>					
Unidade A	313 (42,8)	418 (57,2)	1,00		
Unidade B	165 (40,0)	248 (60,0)	1,13	0,88 - 1,44	0,345
<i>Tipo de serviço do parto (n = 1140)</i>					
Público	405 (39,6)	617 (60,4)	1,00		
Privado	71 (60,2)	47 (39,8)	0,43	0,29 - 0,64	< 0,001
<i>Acompanhante na sala de parto (n = 1137)</i>					
Não	89 (50,9)	86 (49,1)	1,00		
Sim	386 (40,1)	576 (59,9)	1,54	1,12 - 2,13	0,008
<i>Tipo de parto (n = 1143)</i>					
Vaginal	121 (20,5)	470 (79,5)	1,00		
Cesáreo	357 (64,7)	195 (35,3)	0,14	0,11 - 0,18	< 0,001
<i>Recebeu ocitocina (n = 1144)</i>					
Não	30 (26,5)	83 (73,5)	1,00		
Sim	448 (43,5)	583 (56,5)	0,47	0,30 - 0,73	< 0,001
<i>Orientação sobre amamentação no pós-parto imediato (n = 1138)</i>					
Não	87 (39,4)	134 (60,6)	1,00		
Sim	387 (42,2)	530 (57,8)	0,89	0,66 - 1,20	0,443

Tabela 3. Distribuição percentual de crianças amamentadas na primeira hora de vida segundo atenção hospitalar, sexo do bebê, baixo peso ao nascer e prematuridade. Rio Branco-AC, 2015. (cont.)

Variável	Amamentação na primeira hora de vida		RC	IC95%	Valor de p
	Não n (%)	Sim n (%)			
<i>Auxílio profissional para amamentar (n = 1134)</i>					
Não	210 (38,8)	331 (61,2)	1,00		
Sim	262 (44,2)	331 (55,8)	0,80	0,63 - 1,02	0,067
<i>Sexo do bebê (n = 1144)</i>					
Masculino	257 (46,6)	294 (53,4)	1,00		
Feminino	221 (37,3)	372 (62,7)	1,47	1,16 - 1,86	0,001
<i>Baixo peso ao nascer (n = 1139)</i>					
Não	416 (39,7)	633 (60,3)	1,00		
Sim	59 (65,6)	31 (34,4)	0,34	0,22 - 0,53	< 0,001
<i>Prematuridade (n = 1138)</i>					
Não	405 (39,4)	623 (60,6)	1,00		
Sim	69 (62,7)	41 (37,3)	0,39	0,26 - 0,57	< 0,001

Os fatores associados à amamentação na primeira hora de vida estão apresentados na tabela 4. Nos níveis distais e intermediários, estiveram associados ao desfecho: escolaridade materna, classe socioeconômica, número de moradores no domicílio, trabalho materno e hipertensão na gestação. No modelo proximal, as variáveis “escolaridade materna”, “classe socioeconômica”, “número de moradores no domicílio” e “trabalho materno” perderam significância estatística quando adicionadas às variáveis tipo de parto, baixo-peso ao nascer e sexo do bebê.

Tabela 4. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rio Branco-AC, 2015

Variável	Distal Modelo 1		Intermediário Modelo 2		Proximal Modelo 3	
	RC	IC95%	RC	IC95%	RC	IC95%
<i>Escolaridade</i>						
até 8 anos de estudo	1,00		1,00		1,00	
8 anos ou mais	0,68	0,50 - 0,92	0,53	0,40 - 0,71	0,82	0,58 - 1,17
<i>Classe socioeconômica (ABEP)</i>						
A e B	1,00		1,00		1,00	
C, D e E	1,48	1,08 - 2,04	1,86	1,38 - 2,50	1,13	0,79 - 1,62
<i>Número de moradores no domicílio</i>						
1 ou 2 moradores	1,00		1,00		1,00	
3 ou mais	1,39	1,06 - 1,83	1,44	1,10 - 1,88	1,42	0,98 - 1,90

Tabela 4. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rio Branco-AC, 2015. (cont.)

Variável	Distal Modelo 1		Intermediário Modelo 2		Proximal Modelo3	
	RC	IC95%	RC	IC95%	RC	IC95%
<i>Trabalho materno</i>						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	0,64	0,49 - 0,84	0,54	0,42 - 0,70	0,73	0,53 - 1,01
<i>Hipertensão na gestação</i>						
Não	-	-	1,00		1,00	
Sim	-	-	0,47	0,34 - 0,65	0,68	0,47 - 0,98
<i>Tipo de parto</i>						
Vaginal	-	-	-	-	1,00	
Cesáreo	-	-	-	-	0,15	0,11 - 0,20
<i>Baixo peso ao nascer</i>						
Não	-	-	-	-	1,00	
Sim	-	-	-	-	0,32	0,19 - 0,55
<i>Sexo do bebê</i>						
Masculino	-	-	-	-	1,00	
Feminino	-	-	-	-	1,62	1,22 - 2,14

Houve associação inversa entre amamentação na primeira hora de vida e hipertensão gestacional (RC: 0,68; IC 95%: 0,47 – 0,98), parto cesáreo (RC: 0,15; IC 95%: 0,11 – 0,20) e baixo-peso ao nascer (RC: 0,32; IC 95%: 0,19 – 0,55). A chance de amamentação na primeira hora de vida foi maior no sexo feminino (RC: 1,62; IC 95%: 1,22 – 2,14).

DISCUSSÃO

Segundo a II Pesquisa de Aleitamento Materno,²² a prevalência média da amamentação na primeira hora de vida nas capitais brasileiras em 2008 foi 67,7% (IC 95% = 66,7% - 68,8%), e a Região Norte apresentou as maiores prevalências brasileiras. Todavia, em nível nacional, Rio Branco está entre as cinco capitais com menor frequência de amamentação na primeira hora de vida, e apresentou a menor prevalência da Região Norte, que foi 64,3% (IC 95% = 58,4% - 69,8%). Essa frequência foi mais alta que a observada em nossa pesquisa; todavia, analisando os intervalos de confiança, não há evidências estatísticas para afirmar diferença significativa.

Outro estudo transversal mais recente,²⁸ com amostra de base hospitalar nacional, estimou que a prevalência de amamentação na primeira hora de vida foi 56,0% (IC95%: 52,2% - 59,7%), semelhante à média estimada por Takahashi e colaboradores²⁹ ao estudarem 24 países da África, América Latina e Ásia.

Em revisão sistemática recente, Esteves e colaboradores¹⁶ encontraram que a cesariana foi o fator de risco mais consistente para a não amamentação na primeira hora de vida e “baixa renda familiar”, “idade materna menor que 25 anos”, “baixa escolaridade materna”, “ausência de consultas pré-natais”, “parto domiciliar”, “falta de orientação sobre amamentação no pré-natal” e “prematuridade” foram fatores de risco identificados em pelo menos dois estudos.

Em nosso estudo, a cesariana também foi o fator que apresentou a maior força de associação inversa à amamentação na primeira hora de vida, corroborando com outros estudos.^{24-26,29} Esse tipo de parto tem sido descrito como importante barreira para o início precoce da amamentação, em geral devido à anestesia^{19,24} e às rotinas de cuidados pós-operatórios, que retardam ou interrompem o contato entre mãe e filho no período pós-parto.³⁰

A OMS preconiza que nos Hospitais Amigos da Criança, pelo menos 80% das mães com parto normal e 50% daquelas submetidas ao parto cesáreo devem ser ajudadas a colocar o bebê em contato pele a pele para iniciar a amamentação, pois no parto vaginal, a participação mais ativa da mulher e as maiores possibilidades de o bebê ser colocado nu em contato direto com seu corpo nos primeiros minutos pós-nascimento podem ajudá-la a reconhecer na criança sinais de estar pronta para mamar.¹⁵

A frequência de partos cesáreos neste estudo (48,3%) foi menor que a observada no Brasil em 2015 (55,5%), embora ainda se encontre muito acima do que a OMS considera aceitável.³¹ Nos últimos 30 anos, a OMS tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em Fortaleza, no Brasil, e que diz: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%”.³¹ Mais recentemente, em 2015, ocorreu uma nova declaração da OMS acerca do abuso das intervenções cesarianas na atualidade: “Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas”.³² Embora a cesariana aumente o risco de morte materna e de prematuridade, a proporção de partos por esta via tem aumentado, sendo motivo de preocupação em todo o mundo. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais

estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.^{32,33}

A hipertensão na gestação apresentou associação inversa à amamentação na primeira hora de vida na área urbana de Rio Branco, corroborando Takahashi e colaboradores,²⁹ que ao estudarem 24 países da África, América Latina e Ásia, também observaram a mesma direção de associação entre o desfecho e complicações maternas durante a gravidez, incluindo a hipertensão (OR = 0,76; IC95%: 0,65–0,88).

Em nosso estudo, neonatos com baixo-peso ao nascer tiveram chances significativamente mais baixas de amamentação na primeira hora de vida, comparados aos recém-nascidos com peso adequado. Esta associação também fora observada por outros estudos,^{25,34} provavelmente devido à necessidade de cuidados especiais. No entanto, é importante reconhecer e evitar práticas hospitalares desnecessárias às quais esse grupo é particularmente vulnerável.¹⁶

Ainda entre aos fatores relativos à criança, pertencer ao sexo feminino aumentou em 62% a chance de amamentação na primeira hora em Rio Branco, semelhante ao observado por Senarath e colaboradores³⁴ no Sri Lanka. Todavia, as evidências científicas entre o desfecho estudado e sexo da criança ainda são limitadas. Na revisão sistemática de Esteves e colaboradores,¹⁶ foram identificados 12 estudos que investigaram a associação entre sexo do bebê e amamentação na primeira hora de vida; destes, apenas o estudo de Senarath e colaboradores³⁴ no Sri Lanka identificou associação significativa.

Algumas informações importantes relacionadas à amamentação na primeira hora não foram coletadas. Não foi verificado o conhecimento do resultado do teste rápido anti-HIV pelas mães e pela equipe no pós-parto imediato, sendo utilizados somente os exames realizados durante o pré-natal. Não foram investigadas realizações de procedimentos hospitalares inadequados em recém-nascidos saudáveis, como aspiração de vias aéreas e faringe. Existe também a possibilidade de imprecisão e potencial erro de classificação na informação sobre o tempo decorrido até a primeira mamada, uma vez que este dado foi estimado pelas mães. Contudo, essa limitação foi minimizada pela realização das entrevistas na maternidade, geralmente nas primeiras 12 horas após o parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco foi 58,2%, e nos níveis distais e intermediários esteve associada a escolaridade materna, classe socioeconômica, número de moradores no domicílio, trabalho materno e hipertensão na gestação. Os resultados

deste estudo sugerem que os principais empecilhos para a amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, em nível proximal, são o parto cesáreo e o baixo-peso ao nascer. A iniciativa Hospital Amigo da Criança já prevê estes fatores como dificultadores da amamentação na primeira hora de vida e apontam possíveis soluções para o problema. Ressalta-se que, no município de Rio Branco, a principal maternidade é credenciada nesta iniciativa e a outra unidade está em processo de credenciamento. Logo, como a própria iniciativa sugere, é necessário promover a capacitação periódica da equipe multidisciplinar.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos profissionais da Maternidade Bárbara Heliadora e Hospital Santa Juliana, à população de Rio Branco, às autoridades de saúde de Rio Branco, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Acre, à Universidade Federal do Acre e ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pelo apoio e colaboração.

FINANCIAMENTO

Este trabalho foi financiado pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Acre (FAPAC), por meio da Chamada PPSUS/FAPAC 2013, processo nº 6068-14-0000032, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Acre (SESACRE), por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE).

Este trabalho também contou com apoio de bolsas dos Programas de Iniciação Científica CAPES/FAPAC e CAPES/UFAC e de bolsa de Doutorado do Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente – ENSP/Fiocruz.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003. 30 p.
2. Fewtrell MS, Morgan JB, Duggan C, Gunnlaugsson G, Hibberd PL, Lucas A, et al. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? *Am J Clin Nutr.* 2007;85(2):635S-638S.
3. Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health.* 2011;11(3):S15.

4. WHO (World Health Organization). Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Ambul Child Health*. 2000; 6(2):133-134.
5. Newman KL, Leon JS, Rebolledo PA, Scallan E. The impact of socioeconomic status on foodborne illness in high-income countries: a systematic review. *Epidemiol Infect* [Internet]. 2015 Sep [cited 2019 Sep 19];143(12):2473-85. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0950268814003847/type/journal_article
6. Pandolfi E, Gesualdo F, Rizzo C, Carloni E, Villani A, Concato C, et al. Breastfeeding and Respiratory Infections in the First 6 Months of Life: A Case Control Study. *Front Pediatr* [Internet]. 2019 Apr 24 [cited 2019 Sep 19];7. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fped.2019.00152/full>
7. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Nov 5];104:14–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/apa.13139>
8. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, Igunnov S, Fombonne E, Bogdanovich N, Ducruet T, Collet JP, Chalmers B, Hodnett E, Davidovsky S, Skugarevsky O, Trofimovich O, Kozlova L, Shapiro S; Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group: Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):578–584.
9. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuk D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinnikova L, Helsing E; Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *JAMA* [Internet]. 2001 Jan 24 [cited 2017 Nov 5];285(4):413. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.285.4.413>
10. Lefebvre CM, John RM. The effect of breastfeeding on childhood overweight and obesity: a systematic review of the literature. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014;26(7):386–401.
11. Rubin DH, Leventhal JM, Krasilnikoff PA, Kuo HS, Jekel JF, Weile B, Levee A, Kurzon M, Berget A. Relationship between infant feeding and infectious illness: a prospective study of infants during the first year of life. *Pediatrics*. 1990; 85(4):464–471.
12. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. Adu-Afarwuah S, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 2019 Apr 25 [cited 2019 Sep 19];14(4):e0215869. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0215869>
13. Widström A-M, Wahlberg V, Matthiesen A-S, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S, Winberg J. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev*. 1990; 21(3):153–163.
14. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cited 2017 Nov 5]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
15. UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 3 : promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança : curso de 20 horas para equipes de maternidade. Editora do Ministério da Saúde; 2009.
16. Esteves TMB, Dumas RP, Oliveira MIC de, Andrade CA de F de, Leite IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 Aug [cited 2017 Nov 5];48(4):697–708. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400697&lng=en&lng=en

17. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MIC, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2013 Mar [cited 2017 Nov 5];89(2):131-6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021755713000223>
18. Akre J, editor. *Infant feeding: the physiological basis*. Geneva: WHO; 1989. 108 p. (Bulletin of the World Health Organization).
19. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet*. 1990;336(8723):1105-1107.
20. Widström A-M, Lilja G, Aaltomaa-Michalias 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: Newborns' location of the breast. *Acta Paediatr* [Internet]. 2011 Jan [cited 2017 Nov 5]; 100(1):79-85. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x>
21. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2017 Nov 5]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
22. Brasil. *II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília, D.F.: Editora MS; 2009.
23. Moreira MEL, Gama SGN da, Pereira APE, Silva AAM da, Lansky S, Pinheiro R de S, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 Aug [cited 2017 Nov 5];30(suppl 1):S128-39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=pt&tlng=pt
24. Boccolini CS, Carvalho ML de, Oliveira MIC de, Vasconcellos AGG. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(1):69-78.
25. Alzaheb RA. Factors associated with the initiation of breastfeeding within the first 48 hours of life in Tabuk, Saudi Arabia. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 Nov 5];11(1). Available from: <http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-016-0079-4>
26. Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, Caminha MFC. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet]. 2014 Mar [cited 2017 Nov 5];14(1):65-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000100065&lng=pt&tlng=pt
27. Beyene MG, Geda NR, Habtewold TD, Assen ZM. Early initiation of breastfeeding among mothers of children under the age of 24 months in Southern Ethiopia. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 Nov 5];12(1). Available from: <http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-016-0096-3>
28. Carvalho ML, Boccolini CS, Oliveira MIC, Leal MC. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. *Reprod Health* [Internet]. 2016 Oct [cited 2017 Nov 5];13(S3). Available from: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0234-9>
29. Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, Castro CP, Jayratne K, Ortiz-Panozo E, Lumbiganon P, Mori R. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Sci Rep* [Internet]. 2017 Mar 21 [cited 2017 Nov 5];7:44868. Available from: <http://www.nature.com/articles/srep44868>

30. 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* [Internet]. 2012 May 1 [cited 2017 Nov 5];95(5):1113–35. Available from: <http://www.ajcn.org/cgi/doi/10.3945/ajcn.111.030254>
31. Appropriate technology for birth. *Lancet Lond Engl*. 1985 Aug 24;2(8452):436–7.
32. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO; 2015.
33. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, Oladapo OT, Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Gülmezoglu AM. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health* [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Nov 5];12(1). Available from: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0043-6>
34. Senarath U, Siriwardena I, Godakandage SSP, Jayawickrama H, Fernando DN, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding practices: An analysis of the Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006-2007: Breastfeeding practices in Sri Lanka. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2012 Jul [cited 2017 Nov 5];8(3):315–29. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1740-8709.2011.00321.x>

Colaboradoras

Ramalho AA e Koifman RJ participaram da concepção e delineamento do estudo, da análise e interpretação dos dados e da redação do artigo; Martins FA participou da análise e interpretação dos dados e revisão crítica do artigo; Andrade AM e Lima TAS participaram do desenho do estudo, coleta de dados e revisão crítica do artigo.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Recebido: 05 de julho de 2019

Revisado: 18 de setembro de 2019

Aceito: 23 de setembro de 2019