



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Factores asociados a los impedimentos para el amamantamiento precoz: estudio descriptivo

Marcos Benatti Antunes^{1,2}, Graziela Formaggi Lara Carvalho¹,
Sandra Marisa Pelloso¹, Ieda Harumi Higarashi¹,
Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato¹

1. Universidad Estadual de Maringá

2. Alcaldía del Municipio de Sarandi

RESUMEN

Objetivo: verificar si el cuarto de los “diez pasos para el éxito de lactancia materna” es realizado en un hospital de la región noroeste del Paraná. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, de abordaje cuantitativo, realizado con 40 gestantes en trabajo de parto en el período de julio a octubre de 2013. Se utilizó un cuestionario semiestructurado, aliado la observación no participante. Para análisis de los datos se aplicó el teste chi-cuadrado con corrección de Yates. **Resultados:** Se identificó número elevado de cesáreas (33) y en relación al contacto madre-bebe en la primera hora de vida, 39 madres tuvieron contacto visual, 32 contacto físico y apenas dos amamantaron en la primera hora. **Discusión:** Se evidenciaron algunos factores que impidieron el amamantamiento precoz y no efectucción del cuarto paso. **Conclusión:** los impedimentos fueron la prevalencia del parto cesáreo, el encaminamiento del bebe después el parto a la unidad de recién nacidos y el distanciamiento de las rutinas hospitalarias con modelo propuesto por la Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Descriptor: Lactancia Materna; Parto Normal; Cesárea; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Un estudio realizado en los Estados Unidos en 2009 reveló que 76,9% de los niños no habían sido amamantados. De las que estaban en lactancia, 47,2% lo fueron hasta los seis meses. Apenas 25,5% tomaron leche materna hasta los 12 meses de edad⁽¹⁾.

Entre las capitales brasileras, un estudio evidenció que la prevalencia de lactancia materna en menores de seis meses fue de 41,0%⁽²⁾. Las barreras que impiden la lactancia materna práctica son multifactoriales e incluyen principalmente condición socioeconómica y educación. Mujeres de baja renda presentan menores tasas de amamantamiento, factor asociado al retorno precoz al trabajo después del parto⁽³⁾.

La lactancia materna trae inúmeras ventajas al binomio madre-bebé en la primera hora de vida. Esa práctica es recomendada por la Organización Mundial de Salud (OMS) desde 1990, y en Brasil fue oficialmente adoptada en 199, por medio de la Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), cuyo objetivo primordial es el de promover, proteger y apoyar la lactancia materna, con vistas a alcanzar la reducción de la mortalidad infantil, entre otros aspectos importantes para el niño y la madre⁽⁴⁻⁵⁾. En 2010, la Unicef divulgó una lista de 335 instituciones brasileras inscritas en el programa como siendo Hospitales Amigos da Criança (HAC) en el programa⁽⁶⁾.

Para adherirse a la Iniciativa, es necesario que el hospital candidato cumpla los diez pasos para el éxito de la lactancia materna, descritos por la Unicef⁽⁴⁾. Todos son conferidos después de la inserción del proyecto en la institución, bien como los demás criterios solicitados, que pasan por tres fases de evaluación: autoevaluación, pre-evaluación solicitado por el hospital y visita de evaluadores del Ministerio de la Salud (MS)⁽⁵⁾.

De los 18 hospitales acreditados en Paraná, apenas uno se localiza en la ciudad de Maringá⁽⁶⁾.

El Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM) fue acreditado en el año de 2003 después de un trabajo iniciado en 1995 por un equipo multidisciplinar que buscaba disminuir el desmame precoz y el índice de mortalidad infantil⁽⁷⁾.

El otro hospital de la ciudad que busca esa certificación fue responsable en 2011 por 2960 nacidos vivos (NV), o sea, 44,04% (6721 NV) de los nacimientos en el municipio⁽⁸⁾. Desde 2002, esta institución ha buscado cumplir los diez pasos, con vistas a la obtención del título de HAC. En 2009 fue realizado un curso de manejo, promoción, protección y apoyo a la lactancia materna para los funcionarios del área materno infantil por el Comité de Lactancia Materna de Maringá (COAMAR), con el fin de proporcionar subsidios para una práctica comprometida y humanizada y, acreditar la institución junto al MS⁽⁹⁾.

No obstante los esfuerzos envidados, esta institución filantrópica encuentra dificultades organizacionales para la efectucción del cuarto paso ("Ayudar a la madre a iniciar el amamantamiento en la primera media hora después del parto"). Así, aunque cuente con el servicio de alojamiento conjunto (AC), la rutina institucional establece un flujo en el cual el recién nacido (RN) pasa por cuidados mediatos y baño antes de seguir al local. Así, el neonato no acompaña a la madre inmediatamente después del parto para el AC, desconsiderándose la recomendación de la Portería nº. 1.016, de 26 de agosto de 1993, que recomienda la realización del contacto del binomio en la primera hora de nacimiento⁽¹⁰⁾.

Según la OMS, evidencias científicas demuestran que colocar el niño en la primera hora de nacimiento en contacto precoz con la aréola de la madre influencia positivamente en la relación madre-bebé. Los RN lloran menos durante el contacto piel a piel con la madre, lo que eleva la prevalencia de la lactancia materna y disminuye el índice de mortalidad infantil⁽¹¹⁾. En ese sentido, un estudio ecológico realizado con 67

países, mostró correlación relativamente débil y negativa, pero estadísticamente significativa entre el porcentual de lactancia materna en la primera hora de vida y las tasas de mortalidad neonatal, evidenciando el efecto protector de la lactancia en la primera hora de vida⁽¹²⁾.

Vale destacar que el MS presenta que el cuarto paso para a IHAC debe ser interpretado en colocar el bebé en contacto directo con la madre inmediatamente después del parto en la primera hora de vida y encorajar las madres a reconocer el momento que sus bebés estarán listos para alimentarse⁽⁴⁾. Siendo así, la identificación de los factores que interfieren en ayudar la madre en el amamantamiento es de fundamental importancia y puede subsidiar la implementación de nuevas estrategias para la efectuación del paso cuatro en el ámbito hospitalario⁽¹³⁾.

En este contexto, es importante el conocimiento atribuido al cuarto paso por los profesionales de la salud. En un estudio realizado en Recife con 80 profesionales actuantes en un centro obstétrico, 42,4% refirieron no saber o no recordar cual era esa etapa⁽¹⁴⁾.

De esa forma, los objetivos de este trabajo fueron verificar los factores asociados a la no implementación de la lactancia precoz y delinear la práctica asistencial del servicio en lo que respecta a la realización del cuarto paso para el éxito de la lactancia materna en un hospital de la región noroeste del Paraná.

MÉTODO

Estudio exploratorio, descriptivo, de abordaje cuantitativo, realizado con parturientes atendidas en un hospital filantrópico en el noroeste de Paraná.

Participaron del estudio mujeres que atendían a los siguientes criterios de inclusión: parturientes internadas por el SUS, en el grupo

etario igual o superior a 18 años, con edad gestacional encima de 38 semanas, clasificadas como bajo riesgo y que no presentaran complicaciones durante el parto. La muestra totalizó 40 parturientes, atendidas en el período de julio a octubre de 2013.

Los datos fueron colectados, por medio de cuestionario semiestructurado con 21 cuestiones, conteniendo la identificación de la parturiente, datos obstétricos y neonatales, bien como el registro de acompañamiento del proceso de parto, nacimiento e inicio del amamantamiento. Los investigadores acompañaron el proceso de parto y nacimiento hasta el momento del encuentro madre-bebe en el AC, utilizando un cronómetro digital Western® CR53 para registro de los intervalos de tiempo transcurridos entre los procedimientos realizados.

El material empírico fue organizado en un banco de datos usando planilla electrónica del *Microsoft Excel 2010*. Los datos fueron analizados a partir del teste de asociación por el chi-cuadrado con corrección de Yates para tablas 2X2. El nivel de significancia establecido fue de 5%.

Se definió el resultado como inicio del amamantamiento en la primera hora de vida, siendo que el análisis fue realizado evaluándose el intervalo de tiempo entre las intervenciones asistenciales y el levantamiento de eventuales impedimentos relacionados al amamantamiento precoz.

El estudio fue desarrollado en consonancia con las normativas éticas vigentes (Res. 466/2012-CNS), con aprobación previa del proyecto de investigación por el Comité de Ética en Investigación institucional, conforme parecer nº 449.631.

RESULTADOS

De las 40 parturientes entrevistadas, 55,0% (22)

estaban en el grupo etario de 21 a 29 años, 60,0% (24) eran blancas y 77,5% (31) mantenían relación marital. En cuanto a la escolaridad, 47,5% (19) presentaban educación media completa, 35,0% (14) no ejercían trabajo remunerado y 65,0% (26) poseían vínculo laboral formal.

La edad gestacional varió de 38 a 41 semanas; 50,0% (20) iniciaron el trabajo de parto en la 38ª semana de gestación y 2,5% (1) en la 41ª semana de gestación.

El porcentual de cesarías fue de 82,5% (33), siendo todas las parturientes sometidas a la anestesia raquídea y permanecidas despiertas durante todo el parto, conforme relatos. El porcentual de parto normal fue de 17,5% (7); 2,5% (1) recibieron anestesia local y 5,0% (2) realizaron episiotomía unilateral. En 32,5% (13) de los partos, el padre estuvo presente.

La mayoría de los RN, 92,5% (o 37 bebés) nació con peso mayor o igual a 2500 g; 97,5% (39) tuvieron índice de Apgar entre ocho y diez en el quinto minuto de vida; 2,5% (1) nacieron presentando anomalía (mielo meningocele). Apenas 2,5% (1) presentaron complicaciones; 5,0% (02) fueron encaminados al AC en la primera hora de vida y 95,0% (38) encaminados directo a la unidad de recién nacido, permaneciendo en aquella unidad por más de una hora (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución del número de RN según característica de nacimiento y encaminamiento al AC en la primera hora de vida. Maringá, 2013.

Recién-nacidos	n (40)	%
Edad gestacional		
38— 39 semanas	20	50
39— 40 semanas	12	30
40— 41 semanas	7	17,5
41 semanas	1	2,5
Peso de nacimiento		
< 2500	3	7,5
≥ 2500	37	92,5
Complicaciones		
No	39	97,5
Si	1	2,5

Anomalías		
No	39	97,5
Si	1	2,5
Encaminamiento al AC en la primera hora		
No	38	95
Si	2	5
Apgar en el 5º minuto		
7	1	2,5
8	1	2,5
9	22	55
10	16	40

n – número de indivíduos; % - porcentual.

Fuente: autoría propia

En relación al contacto madre-bebe en la primera hora de vida, se verificó que en 97,5% de los partos (39) hubo el contacto visual, que varió de cero a seis minutos, con duración mediana de treinta segundos y moda de 10 segundos y; 80,0% (32) tuvieron contacto físico (Tabla 2). De los profesionales que auxiliaron el contacto del binomio, 75% (30) fueron médicos pediatras, 20% (08) técnicos de enfermería. En una situación, el médico pediatra entregó el bebé al padre para que este lo presentara a la madre; en otra, no hubo cualquier auxilio profesional.

Tabla 2. Tipos y tiempo de contacto madre-bebe en la primera hora de vida. Maringá, 2013.

Tipo de contacto	Tiempo (segundos)	Mediana (segundos)	Moda (segundos)	Mínimo	Máximo	Desvio estándar
visual	69,5	30	10	0	360	82,43
físico	52	20	0	0	300	78,96

Fuente: autoría propia

En relación al amamantamiento, apenas 5% de las madres (2) sometidas al parto normal amamantaron sus hijos en la primera hora de vida, 100% siendo auxiliadas por los técnicos de enfermería.

Fue aplicado el teste chi-cuadrado con corrección de Yates para verificar la asociación entre el tipo de parto y tiempo de llegada del bebé al AC. El p-valor encontrado fue 0,00096, al nivel de 5% de significancia (Tabla 3), demostrando que existe asociación entre el tipo de parto y tiempo de llegada del bebé al AC.

Tabla 3. Tipo de parto y tiempo de llegada del bebe al AC. Maringá, 2013.

Tipo de parto	Tempo de llegada (h)		p-valor 0,00096	Total
	≤01:00	>01:00		
Cesárea	1	32		33
Normal	4	3		7
Total	5	35		40

Fuente: *autoría propia*

En el análisis de asociación entre el sector para el cual el RN fue encaminado después del parto con el tiempo de encuentro del binomio madre-bebe (Tabla 4), también se aplicó el teste chi-cuadrado con corrección de Yates. El p-valor encontrado fue 0,00611, o sea, al nivel de 5% de significancia existe asociación entre las variables.

Tabla 4. Sector para donde el bebe fue enviado y tiempo de encuentro del binomio después del parto. Maringá, 2013.

Sector	Tempo de llegada (h)		p-valor 0,00611	Total
	≤01:00	>01:00		
Unidad de recién nacido	3	35		38
Alojamiento conjunto	2	0		2
Total	5	35		40

Fuente: *autoría propia*

DISCUSIÓN

En lo que respecta al reducido número de la muestra, las limitaciones del estudio, imposibilitan generalizar sus resultados o incluso confirmar si las barreras encontradas para la efectucción del cuarto paso en esta realidad asistencial se constituyen en el principal impedimento para el alcance de 100% de lactancia materna en la ciudad de Maringá.

Se evidenciaron, con todo, algunos factores asociados al impedimento a la lactancia materno precoz y en relación a la no efectucción del cuarto paso propuesto por la OMS, haciendo con que la prevalencia aún deje a desear.

El MS recomienda que todo RN debe ser colocado junto a la madre para succionar durante la primera media hora de vida, siempre que ambos estuvieran en buenas condiciones, propiciando el contacto ojo a ojo y piel a piel entre el binomio⁽⁵⁾.

Fue observado en este estudio que, aunque los contactos visual y físico tengan sido propiciados, el amamantamiento en la primera hora continua siendo precaria en el hospital. Ese hecho también fue relatado en un estudio en un HAC de Recife, en 2010, que al evaluar la implementación del cuarto paso, identificó que la promoción a la lactancia materna fue mínima, representando casi 60% de fracaso. Eso apunta que la mayoría de los casos (35,6%) no tenían motivos para justificar la no realización del cuarto paso⁽¹⁴⁾.

Este dato puede estar asociado al perfil de las atenciones obstétricas, con relación al tipo de parto prevalente en el servicio, bien como a los factores y barreras de orden organizacional que influyen las prácticas de la lactancia materna. En ese contexto, en este estudio fue posible percibir un distanciamiento de las rutinas establecidas por el hospital con el modelo propuesto por la IHAC, en lo que dice respecto al cuarto paso para el éxito de la lactancia materna.

La IHAC ha proporcionado cambios significativos y necesarios en las tazas, tanto de inicio cuanto de duración del amamantamiento, bien como cambios culturales, estructurales, tecnológicas y de gestión de personas que acontecen en los hospitales que pasan a ser reconocidos como HAC. Tales transformacio-

nes contribuyen para reforzar aspectos como: lactancia materna exclusivo, reducción de la mortalidad infantil, estrechamiento en las relaciones madre y bebe, mejoramiento el conocimiento de los profesionales sobre el tema y reconocimiento de las madres por lo trabajo de equipo hospitalario⁽¹⁵⁾.

Evidencia científica muestra que, en África, 16% de las muertes neonatales podrían haber sido evitadas si todos los RN fueran amamantados desde el primer día de vida, y 22% si la lactancia materna fuera iniciada en la primera hora de vida⁽¹⁶⁾.

De esta forma se muestra relevante estimular la expansión de la IHAC, principalmente en países en desarrollo, reforzando la importancia del programa de promover, proteger y apoyar la lactancia materna, fortaleciendo el Sistema Único de Salud (SUS) y contribuyendo para la reducción de la morbimortalidad infantil⁽¹³⁾.

Entre las barreras que impiden la lactancia materna, algunos autores identifican escolaridad de las mujeres, apoyo profesional, tipo de parto y falta de informaciones como los mayores villanos para la lactancia materna^(2,3).

En este estudio, las gestantes que fueron sometidas al parto normal tuvieron más chances de iniciar el amamantamiento precoz, pues el bebe llegó al AC en menor tiempo, cuando comparado a los casos en que la gestante fue sometida al parto cesáreo. El AC es un factor imprescindible para la promoción de la lactancia para la facilitación de la adopción de las prácticas establecidas en los "diez pasos". Tal hecho es evidenciado en una investigación realizada en Vitória, en 2009, con 169 púrpas y sus respectivos bebes, que presentó prevalencia de amamantamiento en la primera hora de vida de 63% y asociación estadística significativa de esta variable con el parto normal ($p=0,007$) y AC ($p<0,001$)⁽¹⁷⁾.

El parto cesáreo, se destacó en el estudio como un factor de impedimento, lo que posiblemente puede aumentar el tiempo de separación entre madre-bebe, además de dificultar tanto la ida para el AC cuanto el inicio precoz del amamantamiento^(17,18). En este sentido, cabe a las instituciones que pretenden acreditarse o ya poseen el título HAC conducir el servicio de obstetricia local a reducir las tasas de cesarías entre 10% y 15% de todos los partos o aplicar la clasificación de Robson para definir la tasa de la institución local conforme recomendado por la OMS, observando las indicaciones para tal procedimiento, mejorando intervenciones y conductas que favorezcan el amamantamiento en la primera hora de vida, incluso cuando el parto normal es contraindicado⁽¹⁹⁾.

El análisis de asociación realizada en este estudio, entre el sector para lo cual el RN fue encaminado después del parto y el tiempo de encuentro madre-bebe después del nacimiento, demostró que cuando el RN es encaminado a la unidad de recién nacidos, imposibilita que la madre oferte el amamantamiento en la primera hora. En este sentido, no basta tener AC para que el cuarto paso ocurra, se necesita la reducción del tiempo de distanciamiento entre madre e hijo después del parto. Así, es imprescindible que todo el equipo que asiste el binomio en esta fase sea debidamente orientado y estimulado a incentivar tal cuidado.

Además, fue posible evidenciar que, no obstante la existencia del servicio de AC, la gran mayoría de los RN fue encaminada a la unidad de recién nacidos después del nacimiento, incluso no presentando riesgos que justificaran la necesidad de quedar bajo observación del equipo de enfermería. Entre los bebes nacidos por parto normal que fueron encaminados para la unidad de recién

nacidos, la media de permanencia en el sector fue de 2h15, y entre los nacidos de parto cesáreo, la media de permanencia fue de 3h08, siendo uno de los principales motivos de distanciamiento del binomio e impedimento primordial para la realización del amamantamiento precoz.

La revisión de la sistemática asistencial pasa a ser, de este modo, prioritaria para garantizar que programas como el de la IHAC se traduzcan en rutinas que permitan el alcance de los objetivos trazados. El enfermero, como protagonista del proceso asistencial "debe posicionarse frente a esta temática, trabajando con su equipo, pues los profesionales tienen gran potencial para realizar cambios e implementar nuevas prácticas que son esenciales para la madre y el bebé"⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

La realización de este estudio posibilitó comprender la importancia del primero contacto para el binomio madre-bebe, tanto en lo que se refiere a la formación del vínculo primordial entre estos dos seres, cuanto por representar el marco singular del primer amamantamiento.

No obstante el interés de la institución en adherir a la IHAC, la práctica asistencial en lo que respecta a la efectuación del cuarto paso para el éxito de la lactancia materna tropieza con obstáculos de orden contextual y organizacional, demandando la necesidad de cambios y la reorganización de las rutinas de la atención a la puérpera y al RN inmediatamente después del parto. Permitir que el bebé sea encaminado junto a la madre al AC, cuando no presenta riesgos, asegura el compartir de este momento tan importante en la vida del binomio, esencial a la formación del

vínculo y potencializador y de los beneficios del amamantamiento precoz.

Los resultados evidenciaron que el número elevado de cesáreas también es un factor limitante a la institución que pretende alcanzar las metas propuestas por el programa, además de aumentar el tiempo de separación entre madre e hijo.

Ante esto, es imprescindible la realización de actividades educativas que aborden la importancia del amamantamiento en la primera hora de vida. Se nota falta de preparación del equipo de enfermería y de otros profesionales para el manejo adecuado del cuarto paso. Es necesario sensibilizarlos y capacitarlos para el cambio. Prácticas de tal forma que puedan cumplir con las exigencias del MS y de la OMS para acreditarse como HAC, con intento de promover, proteger y apoyar la lactancia materna y, aún, mejorar la calidad de la asistencia prestada a la puérpera y al RN.

CITAS

1. Centers for Disease Control and Prevention (US). Breastfeeding Report Card (US) [internet]. Atlanta (GA): CDC; 2012 [cited 2014 jul 14]; Available from: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2012BreastfeedingReportCard.pdf>. English.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Breastfeeding in Underserved Women: Increasing Initiation and Continuation of Breastfeeding. Committee on Health Care for Underserved Women [internet]. 2013 [cited 2014 jul 14]. Number 570. Available from: <http://www.acog.org/Resources-And-Publi>

- cations/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Breastfeeding-in-Underserved-Women-Increasing-Initiation-and-Continuation-of-Breastfeeding
4. Ministério da Saúde (BR). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo I: Histórico e implementação [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008 [cited 2014 oct 07]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf
 5. Ministério da Saúde (BR). Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [cited 2014 jan 25] Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf
 6. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Lista dos Hospitais Amigo da Criança (Online). [cited 2015 nov 08]. Available from: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9998.htm
 7. Hospital Universitário Regional de Maringá. História do hospital. Maringá (PR); 2013 [cited 2013 apr 19]. Available from: <http://www.hum.uem.br/estrutura/amigo-das-criancas/>
 8. Hospital Santa Casa de Maringá. Desempenho Hospitalar. Revista Institucional da Santa Casa de Maringá. Humanização: vida, saúde e solidariedade [internet]. 2012 [cited 2012 nov 08] 2(1): 44-45. Available from: http://issuu.com/studio_eureka/docs/revista_humanizacao_santacasa_2012/1
 9. Zanatta M. Comitê de aleitamento promove curso para Santa Casa. Jornal do Povo. (Online) [internet]. 2009 may 02 [cited 2013 may 18]. Available from: http://www.maringamais.com.br/?pag=noticias_destaque&id=1552
 10. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno: Passo 1. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1993.
 11. World Health Organization, UNICEF. Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization; 2009.
 12. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Jornal de Pediatria (Online)* [internet]. 2013 [cited 2014 oct 14]. 89(2): 131–136. Available from: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/A%20amamentacao%20na%20primeira%20hora%20de%20vida%20e%20mortalidade%20neonatal.pdf>
 13. Bocollini CS, Carvalho M L, Oliveira MIC, Vasconcelos, AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev. Saúde Pública (Online)* [internet]. 2011 [cited 2014 jul 14]. 45(01): 69-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1717.pdf>
 14. Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM. Avaliação do 4º passo para promoção do aleitamento materno em hospital amigo da criança. *Rev Rene (Online)* [internet]. 2012 [cited 2015 nov 08]. 13(4): 861-70. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1081/pdf>
 15. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Réa MF. Implantação da iniciativa hospital amigo da criança em um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude (Online)* [internet]. 2012 [cited 2014 oct 10]. 11(suplem.): 102-107. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17060/pdf>
 16. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* [internet]. 2006 [cited 2014 oct 22]. 117: e380-386. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/117/3/e380.full.pdf>
 17. Boccolini CS, Boccolini PMM, Carvalho ML, Oliveira MIC. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva (Online)* [internet]. 2012 [cited 2015 nov 07]. 17(7): 1857-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/25.pdf>
 18. Will TK, Arndt JG, Torres GG, Andrade JR, Pereira TSS, Molina MCB. Fatores de proteção para a amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Pro*

- ... moc Saude (Online) [internet]. 2013 [cited 2015 nov 09]. 26(2): 274-280. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40828920016>
19. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas (Online). 2015 [Citado 08 Nov 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1
20. Strapasson MR, Fischer AC, Santos C, Bonilha ALL. Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre/RS - relato de experiência. R. Enferm. UFSM (Online) [internet]. 2011 [cited 2014 jul 18]. 1(3): 489-496. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2824/2412>

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación, de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la colecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que son de sus responsabilidades o contenido relacionado a todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo, por tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales embrollos sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, sea de orden financiera o de relación, que influya la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE, cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 19/01/2015
Revisado: 18/11/2015
Aprobado: 18/11/2015