

Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos

Prevalence and factors associated with the prescription/request for infant formula

Josilene Maria Ferreira PINHEIRO¹

Taiana Brito MENÊZES¹

Kátia Maria Fernandes BRITO¹

Andressa Ná Zara Lucena de MELO¹

Dayanna Joyce Marques QUEIROZ¹

Thaiz Mattos SUREIRA²

RESUMO

Objetivo

Identificar a prevalência da utilização de suplemento alimentar em recém-nascidos e avaliar as características, os solicitantes e os motivos justificados para sua utilização em um "Hospital Amigo da Criança".

Métodos

Trata-se de estudo do tipo transversal, realizado com 113 díades mãe e filho de um hospital universitário com o título de "Amigo da Criança", no período de agosto de 2012 a fevereiro de 2013. A partir de um questionário estruturado, foram coletadas informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos, condições de nascimento da criança, características do suplemento e prescritores. Foi realizada análise descritiva e inferencial (teste Qui-quadrado de Pearson), aceitando um nível de significância $p \leq 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

Resultados

A prevalência de indicação de suplemento alimentar foi de 16,0%, com menor aderência para os nascidos nas primeiras horas do dia ($p=0,006$). O profissional de enfermagem foi o que mais solicitou o suplemento (54,0%), e no menor tempo (1 a 6 horas) após o nascimento da criança ($p=0,05$). Quanto aos motivos de indicação,

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Hospital Universitário Ana Bezerra. Praça Tequinha Farias, nº 13, Centro, 59200-000, Santa Cruz, RN, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: JMF PINHEIRO. E-mail: <josilenemfp@gmail.com>.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências do Trairi, Coordenação de Nutrição. Santa Cruz, RN, Brasil.

apenas 6,2% atenderam às recomendações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, destacando-se a hipogalactia como principal motivo (71,7%), com maior probabilidade de indicação para os recém-nascidos de parto cesáreo ($p < 0,02$).

Conclusão

Apesar do título de “Hospital Amigo da Criança”, foram identificadas inúmeras indicações de suplemento alimentar desnecessárias e precipitadas, o que pode dificultar o aleitamento materno e favorecer o desmame precoce, sugerindo a necessidade de uma avaliação mais criteriosa na indicação pela equipe assistencial.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alojamento conjunto. Recém-nascido. Suplementação alimentar.

ABSTRACT

Objective

To identify the prevalence of infant formula use and assess the characteristics, requesters, and reasons that justify its use in a Baby-Friendly Hospital.

Methods

This cross-sectional study included 113 mother/child dyads from a university hospital with the title “Baby-Friendly Hospital” from August 2012 to February 2013. A structured questionnaire collected sociodemographic data, obstetric history, newborn birth conditions, infant formula characteristics, and prescribers. Descriptive and inferential analyses (Pearson’s Chi-square test) were conducted using a significance level of $p \leq 0.05$ and a 95% confidence interval.

Results

The prevalence of infant formula prescription was of 16.0%, with smaller adherence in infants born in the first hours of the day ($p = 0.006$). Nurses made the most requests (54.0%) and in the shortest period of time (1 to 6 hours) after delivery ($p = 0.05$). Only 6.2% of the requests complied with the recommendations made by Baby-Friendly Hospitals, and the main reason for the request was hypogalactia (71.7%). Infant formula was more likely to be indicated to infants born by cesarean section ($p < 0.02$).

Conclusion

Despite the title “Baby-Friendly Hospital”, numerous unnecessary and hasty infant formula indications were identified, which may hinder breastfeeding and favor early weaning, suggesting that the care team needs to assess infant formula indication more thoroughly.

Keywords: Breast feeding. Rooming-in care. Infant, newborn. Supplementary feeding.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que, para ocorrer o sucesso da amamentação, esta deve ser iniciada na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, se a mãe e o recém-nascido (RN) estiverem em boas condições de saúde, estimulando o contato pele a pele¹.

Várias são as vantagens do aleitamento materno, dentre as quais se destacam o fornecimento de nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável do RN e o vínculo emocional com a mãe. Porém, alguns fatores podem interferir na iniciação e duração dessa

amamentação, sejam eles culturais, sociais, biológicos ou até rotinas intra-hospitalares^{2,3}. Com base nessa fundamentação, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) publicaram a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) em 1992, estabelecendo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. Dentre eles, o Passo 6 consiste em: “não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica”⁴.

Estudos mostram que a prática da indicação do suplemento alimentar ainda na maternidade vem se tornando comum em RN de baixo risco (com idade gestacional maior que 37

semanas, peso maior que 2.500 g e Índice de Apgar maior que 9) no alojamento conjunto⁵. Porém, segundo a Unicef, as indicações para essa prática são outras: RN de muito baixo peso ao nascer (<1.500 g); RN muito prematuro (<32 semanas de idade gestacional); RN com risco de hipoglicemia (macrossômicos, com baixo peso, pequenos para a idade gestacional ou filhos de mães com diabetes); uso de medicação contraindicada durante a amamentação; erro inato do metabolismo e mães HIV soropositivas⁴.

O uso de suplemento alimentar ainda no período de internação pode levar ao desmame precoce e incentivar a mãe a utilizar outros leites após a alta, contribuindo para diminuir a produção e volume do leite materno⁵⁻⁷. Dessa forma, deve-se avaliar criteriosamente a indicação de outro alimento ao RN, diante da importância da amamentação e da gravidade dessa prescrição para a criança, buscando possíveis soluções para sua correção.

A fim de melhor compreender os motivos de indicação da utilização de suplemento, este trabalho teve como objetivo identificar a prevalência em recém-nascidos, os profissionais responsáveis pelas prescrições/solicitações e as características de sua utilização em um hospital "Amigo da Criança".

MÉTODOS

Foi feito um estudo do tipo transversal, realizado no alojamento conjunto de um hospital "Amigo da Criança", que faz parte do sistema de regulação da rede estadual de saúde, referência no estado do Rio Grande do Norte, no atendimento materno-infantil de baixa e média complexidade.

O cálculo amostral foi realizado através da fórmula de Mendel⁸, a partir de um estudo piloto realizado no ano de 2011⁹, que obteve uma prevalência de 15% para o uso de suplemento alimentar. A prevalência foi calculada pela razão entre o número de RN que receberam suplementação e o número de nascidos vivos. Com erro

amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, chegou-se a uma amostra desejável de 110 mães e 110 recém-nascidos para o período estimado.

Foram incluídas na pesquisa as puérperas internadas no alojamento conjunto que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como os recém-nascido que utilizaram o suplemento alimentar. A escolha das variáveis estudadas deu-se pelos resultados encontrados na literatura, no estudo piloto, pela vivência clínica e pelo conhecimento da fisiologia da lactação nas primeiras horas de vida do RN.

A coleta de dados foi iniciada após comunicação pela equipe de enfermagem e/ou lactaristas da prescrição/solicitação de suplemento, e realizada durante o internamento do binômio na enfermaria do alojamento conjunto, no período de agosto de 2012 a fevereiro de 2013. Utilizou-se um questionário estruturado que contemplava as características da mãe (idade, escolaridade, renda e número de consultas no pré-natal), do RN (sexo, idade gestacional, peso ao nascimento), o motivo de indicação e o prescritor/solicitante, além das características do suplemento (tipo, volume e horário solicitado). Após estabilização da puérpera, com no mínimo seis horas de internamento, foram iniciadas as coletas no prontuário e no livro de registro do lactário, finalizando com os dados fornecidos pela mãe.

Foram considerados como suplemento alimentar o leite humano pasteurizado, oriundo do banco de leite de uma maternidade localizada na capital do estado, e a fórmula artificial, utilizada na falta de leite pasteurizado, prescritos pelo profissional médico e/ou solicitados pelo profissionais de enfermagem durante o internamento do recém-nascido. As indicações da utilização de suplemento foram agrupadas de acordo com os motivos justificáveis ou não pela IHAC⁴. O prescritor/solicitante foi agrupado em pediatra e equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem). A adequação de peso/idade gestacional do RN foi avaliada segundo a classificação de Ramos¹⁰, que utiliza peso ao nascer e idade gesta-

cional, considerando: pequeno para a idade gestacional: percentil <10; adequado para a idade gestacional: entre os percentis entre 10 e 90; e grande para a idade gestacional: percentil >90. O monitoramento do horário decorrido entre o nascimento e o horário de prescrição/solicitação torna-se importante para evidenciar a precocidade da intervenção, sem considerar o tempo natural da apojadura e a condição clínica ideal.

O processamento, armazenamento e análise dos dados foram realizados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos) v. 20.0 para *Windows*.

Realizou-se uma análise descritiva, apresentada em frequências absolutas e relativas. As associações e diferenças entre as distribuições das frequências foram feitas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, aceitando um nível de significância $p < 0,05$, com Intervalo de Confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com Parecer favorável nº 81175/2012.

RESULTADOS

Durante o período do estudo foram realizados 801 partos, com 790 nascidos vivos. Receberam suplemento alimentar 127 recém-nascidos, que representaram uma prevalência de 16%. Houve 14 perdas em decorrência da ausência de entrevistador no dia do parto, e 2 recusas das mães em participar do estudo. No final obteve-se uma amostra de 113 díades mãe e filho.

As características socioeconômicas, antecedentes obstétricos, condições de nascimento da criança e características do suplemento estão dispostos na Tabela 1. Na Tabela 2 encontram-se os motivos indicados para solicitação de suplemento alimentar, destacando os não justificáveis pela IHAC, em especial a hipogalactia (71,7%), que esteve associada significativamente ao parto do tipo cesáreo com $p < 0,02$ (Tabela 3).

A prescrição/solicitação apresentou afastamento das frequências, com menor aderência para o turno das primeiras horas do dia ($p = 0,006$). A equipe de enfermagem foi a responsável pelo maior número de solicitações ($n = 61$), quando comparada às prescrições do médico pediatra ($n = 52$), bem como esteve associada ao menor tempo após o nascimento da criança com valor de $p = 0,05$ (Tabela 4).

Tabela 1. Características das mães e dos recém-nascidos participantes do estudo e do tipo de suplemento ofertado. Santa Cruz (RN), 2013.

Variáveis	Frequência	
	n	%
<i>Mães</i>		
<i>Idade</i>		
<18 anos	11	9,73
18 a 35 anos	95	84,07
>18 anos	7	6,20
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental Incompleto (0 a 7 anos)	45	39,8
Ensino Fundamental Completo (8 a 10 anos)	18	15,9
Ensino Médio Completo (>11 anos)	50	44,2
<i>Tipo de parto</i>		
Normal	44	38,9
Cesáreo	69	61,1
<i>Recém-nascidos</i>		
<i>Classificação peso/idade gestacional</i>		
Pequeno para a idade gestacional	7	6,2
Adequado para a idade gestacional	82	72,6
Grande para a idade gestacional	24	21,2
<i>Sexo</i>		
Masculino	65	58,0
Feminino	47	42,0
<i>Suplemento</i>		
<i>Tipo</i>		
Fórmula artificial de partida	96	85,0
Leite materno pasteurizado	17	15,0
<i>Volume</i>		
≤20 mL	14	12,4
≥30 mL	99	87,6
<i>Horário prescrito/solicitado</i>		
0 ≤6 horas	12	10,6*
>9 ≤12 horas	33	29,2
>12 ≤18 horas	34	30,1
>18 ≤24 horas	34	30,1

Nota: *valor de $p = 0,006$ (teste Qui-quadrado de Pearson).

DISCUSSÃO

Tabela 2. Indicações do uso de suplemento alimentar para recém-nascidos no alojamento conjunto. Santa Cruz (RN), 2013.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Justificado pela IHAC	7	6,2
Mãe com herpes	1	0,9
Mãe drogadiça	1	0,9
Mãe em uso de fármaco	1	0,9
Dificuldade respiratória	2	1,8
Macrossomia	2	1,8
Não justificado pela IHAC	106	93,8
Hipogalactia	81	71,7
Dificuldade de sucção	13	11,5
Dificuldade de pega	12	10,6

Nota: IHAC: Iniciativa do Hospital Amigo da Criança.

A avaliação das práticas em serviços de saúde é estratégia prioritária para garantir a qualidade da assistência, em especial aos neonatos, pois a atenção nesse período promoverá menores taxas de morbimortalidade e melhor crescimento e desenvolvimento^{11,12}.

A indicação de suplemento alimentar em alojamento conjunto para o recém-nascido ainda é muito frequente, sendo um dos fatores de risco para interrupção da amamentação¹³⁻¹⁶. Neste estudo, a prevalência de 16% foi maior que no estudo piloto⁹, mas bem inferior a outros realizados

Tabela 3. Associação entre as características maternas, do RN e do prescritor/solicitante ao motivo de indicação por hipogalactia. Santa Cruz (RN), 2013.

Variáveis	Suplementação por hipogalactia		Suplementação por outros motivos		Total		P*
	n	%	n	%	n	%	
<6 consultas	7	36,8	12	63,2	19	100,0	0,37
≥6 consultas	69	73,4	25	26,6	94	100,0	
<i>Tipo de parto</i>							0,02
Vaginal	26	59,1	18	40,9	44	100,0	
Cesárea	55	79,9	14	20,3	69	100,0	
<i>Classificação peso/IG do RN</i>							0,41
PIG	6	85,7	1	14,3	7	100,0	
AIG	56	68,3	26	31,7	82	100,0	
GIG	19	79,2	5	20,8	24	100,0	
<i>Prescritor</i>							0,17
Profissional de enfermagem	47	77,0	14	23,0	61	100,0	
Profissional médico	-	-	18	34,6	52	100,0	

Nota: *Teste Qui-quadrado de Pearson. Valor de p em negrito indica associação significativa.

PIG: Pequeno para a Idade Gestacional; AIG: Adequado para a Idade Gestacional; GIG: Grande para a Idade Gestacional; IG: Idade Gestacional; RN: Recém-Nascido.

Tabela 4. Associação entre o prescritor/solicitante do suplemento, e tempo em horas do início da suplementação após o parto. Santa Cruz (RN), 2013.

Prescritor/solicitante ¹	1-6 horas após o parto		7-12 horas após o parto		>12 horas após o parto		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Profissional da enfermagem	39	63,9	11	18,0	11	18,0	61	100,0	0,05
Profissional médico	25	48,1	20	38,5	7	13,5	52	100,0	-
Total	64	56,6	31	27,4	18	15,9	113	100,0	

Nota: Valor de p em negrito indica diferença significativa. ¹Prescritor: profissional médico pediatra; Solicitante: profissional de enfermagem.

no Rio de Janeiro nos anos de 2006 (33%) e 2009 (32%), assim como nos Estados Unidos em 2009 (78%) e 2014 (38%)^{5,17,18}. No entanto, esse número ainda é motivo de preocupação, já que como substituto do leite humano foi utilizada a fórmula artificial, que pode contribuir para doenças alérgicas e autoimunes, pelo contato com proteínas de leite de outras espécies¹⁹. Essa prática, mesmo contrariando os critérios da IHAC, era comum na instituição, pois o posto de coleta ali existente e o banco de leite humano localizado a 120 km da cidade não recebiam doações suficientes para atender à necessidade demandada.

Quando avaliados os motivos de indicação, destacaram-se os não justificados pela IHAC, embora o hospital tenha recebido o título de “Amigo da Criança”, o que exige indicações criteriosas que consideram a condição clínica do RN e da puérpera, o conhecimento e o empenho da equipe assistencial sobre o que é preconizado, e o interesse da própria mãe em amamentar. Dentre os motivos destacou-se a hipogalactia (diminuição da secreção láctea), causa mais frequente do desmame precoce que pode ser desencadeada por fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e medicamentosos, bem como por técnicas inadequadas de amamentação e falta de incentivo da equipe profissional²⁰. Esse resultado foi bem superior ao estudo de Meireles *et al.*⁵, de 26,4%. No estudo de Brito *et al.*²¹, realizado em outro hospital de ensino vinculado à mesma instituição, ao verificar o conhecimento da equipe de saúde que atua na UTI Neonatal e Alojamento Conjunto quanto à necessidade de suplementação com leite humano pasteurizado, a hipogalactia também foi o principal motivo descrito (33,0%), seguido da situação de RN com valores baixos no hemoglicoteste (18,0%), demonstrando desconhecimento sobre esse assunto pela maioria dos entrevistados (médicos e equipe de enfermagem).

No Brasil, existe uma crescente e alta prevalência de parto cesáreo, enquanto em nível nacional ele foi de 55,7%²², neste estudo foi de 61,1%. A condição pode expor a mãe e o RN a situações desfavoráveis, sendo também eviden-

ciada como um dos fatores adversos para o aleitamento na primeira hora de vida². Ao realizar a análise bivariada com os fatores associados entre a hipogalactia e as características maternas e do RN, o parto cesáreo apresentou associação significativa com essa indicação ($p < 0,02$). Em estudos realizados nos Estados Unidos e no Japão, ele esteve associado à indicação de suplemento ($p < 0,001$), principalmente nos casos emergenciais, durante as primeiras 48 horas pós-parto^{14,15}.

A diminuição da lactogênese pode ser explicada por fatores hormonais que contribuem para o retardo da apojadura. A prolactina, que estimula as células secretoras a produzirem o leite, e a ocitocina, que faz fluir o leite até os mamilos, são menos secretadas nesse tipo de parto, principalmente nas primeiras 24 horas, sendo necessário o estímulo mamário através da sucção²³. A sucção espontânea pelo RN que naturalmente pode não ocorrer nas primeiras duas horas de vida²⁴, poderá ainda ser dificultada pelo uso de suplemento, seja leite materno pasteurizado ou fórmula artificial, diminuindo a frequência das mamas e o estímulo do mamilo²⁵.

São citados na literatura como fatores contribuintes para a não amamentação nas primeiras horas de vida: o retardo no contato mãe-filho, o tempo decorrido para o início da amamentação, a dor pós-cirurgia, a preocupação e o estresse materno que também dificultam a primeira mamada, o uso de medicação, o nível educacional das mães, a existência de amamentação anterior, a intenção da mãe em amamentar, e a percepção da equipe de enfermagem sobre o descanso das mães^{15,26-29}. Essa situação levanta um questionamento sobre a necessidade de reavaliar as indicações da utilização de suplemento alimentar, principalmente por motivos de hipogalactia, nas primeiras horas após o parto, aliado ao choro insistente do recém-nascido acalentado após o uso de suplemento.

O mais preocupante é que a prescrição/solicitação, em sua maioria de 30 mL por etapa até 8 vezes ao dia, foi feita nas primeiras 6 horas de vida, sem que o RN estivesse apresentando

qualquer uma das indicações ou condições que impossibilitassem o contato pele a pele e a amamentação. Além disso, esse volume pode favorecer a saciedade e interferir no desmame precoce¹⁷. Nos primeiros 3 dias, os RN normais não necessitam de líquidos adicionais, pois nascem com níveis de hidratação teciduais relativamente altos, assim como o volume de colostro produzido pode variar de 5 a 15 mL/kg/dia nas primeiras 24 horas, podendo chegar até 100 mL nos primeiros dias para o RN nascidos a termo^{23,30}.

Neste estudo, a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) foi a responsável pelo maior número de solicitações, quando comparado às prescrições dos médicos pediatras. Contrasta, ainda, com o que é preconizado tanto pelas Normas Básicas para Alojamento Conjunto, aprovadas pelo Ministério da Saúde e da IHAC^{4,23}, quanto pelas Normas Brasileiras para Comercialização de Alimentos para lactentes e primeira infância, as quais vedam ao profissional médico ou nutricionista, de forma individualizada e criteriosa, a prescrição de fórmula láctea³¹. Essa prática inapropriada esteve significativamente associada ao menor tempo entre o nascimento da criança e o período de solicitação, demonstrando uma fragilidade na avaliação dos RN, sem considerar as reservas energéticas e o tempo natural da apojadura.

Foi observada uma maior frequência de prescrições/solicitações realizadas durante o turno do dia, que constitui o período de maior atividade, no qual as visitas da família e da equipe multiprofissional (profissionais e estudantes) podem dificultar a interação dos profissionais de enfermagem para avaliação do binômio. Vale ressaltar que as condições de trabalho da equipe assistencial vigente durante o período de estudo - com número reduzido de profissionais, jornada de trabalho extenuante e profissionais em final de carreira -, podem ter contribuído para a elevada prevalência e erros de indicação.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, a maior frequência da utilização de suplemento ocorreu nas primeiras 12 horas e em partos

ocorridos entre 22 horas e 9 horas, o que sugere coincidência com o horário de descanso do profissional de enfermagem, falta de avaliação e de interação da equipe, fadiga da mãe e solicitação feita por ela, visita da família, e avaliação errônea da falta de leite^{14,18}.

Uma das limitações do estudo foi o não questionamento da mãe sobre a vontade de amamentar. Em estudo realizado no Norte da Califórnia, as mães preferiram não amamentar e citaram como principais razões: o preparo inadequado para o cuidado do RN e para o processo de amamentação, e o uso de fórmula como solução para os problemas evidenciados nesse processo²⁴. Já em um estudo realizado no Canadá com mães primigestas que apresentavam intenção de amamentar, o uso da fórmula nas 72 primeiras horas de vida esteve associado ao desmame precoce: o dobro de desmames dos 30 aos 60 dias; e o triplo de desmames após 60 dias¹⁷. Essa situação poderá ser amenizada com orientações, não somente para a gestante, como também para o pai, ainda no pré-natal, pois muitos deles ignoram os benefícios do leite materno nas primeiras horas de vida, tanto para o RN quanto para a mãe, assim como desconhecem as recomendações da OMS³².

CONCLUSÃO

Com base nos dados apresentados, observa-se que, mesmo em um hospital-escola qualificado como "Amigo da Criança", que adota práticas voltadas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, existe uma elevada prevalência na prescrição/solicitação de suplemento alimentar de forma errônea e precipitada, não cumprindo o Passo 6 preconizado pela IHAC, o que pode dificultar o aleitamento sob livre demanda e favorecer o desmame precoce.

Considerando ainda que a saúde materno-infantil é uma das metas do milênio para redução da mortalidade e da morbidade infantil, sugere-se que a promoção ao aleitamento materno seja feita de forma efetiva - levando em consideração as particularidades do binômio; conscientizando a família e os profissionais quanto a sua impor-

tância nesse processo; possibilitando uma avaliação mais criteriosa na indicação, tipo e volume do suplemento alimentar, com base nas recomendações da IHAC; orientando quanto à escolha do tipo de parto, já que o parto cesáreo mostrou-se associado ao uso de suplemento.

COLABORADORES

JMF PINHEIRO colaborou em todas as etapas do artigo. TB MENEZÉS e TM SUREIRA colaboraram na análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual da redação do artigo. KMF BRITO, ANL MELO e DJM QUEIROZ colaboraram no desenvolvimento do projeto, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual da redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Genebra: OMS; 1989 [acesso 2016 jan 3]. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-715.pdf>
2. Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, *et al.* 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 Mater Infant.* 2014; 14(1):65-72. <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292014000100006>
3. Vivancos RBZ, Leite AM, Furtado MCC, Góes FSN, Haas VJ, Scochi CGS. Alimentação do recém-nascido após alta hospitalar de uma Instituição Amiga da Criança. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(3):439-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300009>
4. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Unicef; 2008.
5. Meirelles CAB, Oliveira MIC, Mello RR, Varela MAB, Fonseca VM. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(9):2001-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900006>
6. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Alvarez JCF, *et al.* Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(3):373-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300012>
7. Zakarija-Grković I, Segvić O, Vučković Vukušić A, Lozančić T, Bozinović T, Čuzě A, *et al.* Predictors of suboptimal breastfeeding: An opportunity for public health interventions. *Eur J Public Health.* 2015 [cited 2016 Jan 3]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/unpub/cku203>
8. Miot HÁ. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras.* 2011; 10(4):275-8.
9. Pinheiro JMF, Mendes ACL, Ribeiro WCS, Santos FAPS, Sureira TM. Avaliação da utilização de suplemento alimentar em alojamento conjunto de um Hospital de Ensino. *Nutr Pauta.* 2012; 2(11):31-4.
10. Ramos JLA. Avaliação do crescimento intrauterino por medidas antropométricas do recém-nascido [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1983.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Oddy Wendy H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. *J Pediatr.* 2013; 89(2):109-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.012>
13. Lopes FO, Oliveira MIC, Brito AS, Fonseca VM. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-nascidos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro, 2009. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(2):431-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200014>
14. Grassley JS, Schleis J, Bennett S, Chapman S, Lind B. Reasons for Initial formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *Nurs Womens Health.* 2014; 18(13):197-203. <http://dx.doi.org/10.1111/1751-486X.12120>
15. Parry JE, Ip DKM, Chau PYK, Wu CK, Tarrant M. Predictores and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lactation.* 2013; 29(4):527-36. <http://dx.doi.org/10.1177/0890334412474719>
16. Langellier BA, Pia CM, Whaley SE. Social and institutional factors that affect breastfeeding duration among WIC participantes in los Angeles County, California. *Matern Child Health J.* 2012; 16(9):1887-95. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-011-0937-z>
17. Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time

- mothers intending to exclusively feed. *J Pediatr*. 2014; 164:1439-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.035>
18. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: Results from a populationbased study. *Birth*. 2008; 34(3):202-11. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00172.x>
19. Obihara CC, Marais BJ, Gie RP, Potter P, Bateman ED, Lombard CJ, *et al*. Association of prolonged breastfeeding and allergic disease in poor urban children. *Eur Respir J*. 2005; 25(6):970-7. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.05.00116504>
20. Gaíva MAM, Medeiros LS. Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. *Ciênc Cuid Saúde*. 2006; 5(2):255-62. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v5i2.5089>
21. Brito RS, Mello TCA, Santos DLA, Lima AR, Nóbrega EJPB. Conhecimento de profissionais de saúde acerca da distribuição do leite humano pasteurizado. *J Res Fundam Care*. 2014; 6(1):261-70. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i1.261-270>
22. Freitas PF, Moreira BC, Manoel AL, Botura ACA. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(9):1839-55. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00002915>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Volume 1. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
24. 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. DC003519. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
25. Cerávolo A, Araújo EB, Carvalho MI, Maia WO, Souza EB, Crossmann SMC. Avaliação da adequada indicação de leite artificial em recém-nascidos em uma maternidade de referência de Minas Gerais. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2013; 11(1):78-83. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvr.2013.111.7883>
26. Sousa L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano AMS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(6):741-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000600003>
27. DaMota K, Banuelos J, Goldbronn J, Vera-Beccera LE, Heinig MJ. Maternal request for in hospital supplementation of healthy breastfed infants among low-income women. *J Hum Lact*. 2012; 28(4):476-82. <http://dx.doi.org/10.1177/0890334412445299>
28. Berra S, Galván NK, Sabulsky J, Lago BD, Gorgerino MC, Rajmil L, *et al*. Alimentación Delrecién nacido em El período de posparto inmediato. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):661-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000700002>
29. Mukhopadhyay S, Liebermn ES, Puopolo KM, Riley LE, Johnson LC. Effect of early-onset sepsis evaluations on in-hospital breastfeeding practices among asymptomatic term neonates. *Hosp Pediatr*. 2015; 5(4):203-10. <http://dx.doi.org/10.1542/hpeds.2014-0126>
30. Santoro W Jr, Martinez FE, Ricco RG, Gorge SM. Colostrum ingested during the first day of life by exclusively breastfed healthy newborn infants. *J Pediatr*. 2010; 156:29-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.07.009>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 2016 jan 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_distribuciao_leite.pdf
32. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Breastfeeding duration: A survival analysis-data from a regional immunization survey. *Bio Med Res Int*. 2014; 2014:1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/529790>

Recebido: maio 2, 2015
Versão final: janeiro 18, 2016
Aprovado: fevereiro 17, 2016

