

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KETLYN SANTOS PEREIRA

**O PADRÃO DE OFERECIMENTO DE FÓRMULA LÁCTEA PARA O RECÉM-
NASCIDO EM ALOJAMENTO CONJUNTO**

Porto Alegre

2020

KETLYN SANTOS PEREIRA

**O PADRÃO DE OFERECIMENTO DE FÓRMULA LÁCTEA PARA O RECÉM-
NASCIDO EM ALOJAMENTO CONJUNTO**

Trabalho de conclusão do curso apresentado à
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito para a
obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Helga Gouveia

Porto Alegre

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por me proporcionar os caminhos que me trouxeram até aqui. Agradeço a minha mãe que sempre me incentivou a buscar conhecimento e ser uma pessoa que se dedica a tudo que faz, por depositar em mim toda sua confiança e me fazer crer que eu poderia ser tudo o que eu quisesse ser, apesar de todas as adversidades.

Sou grata a todos os amigos que a vida me deu ao longo desses anos, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos difíceis e sempre torceram pelas minhas conquistas, eles foram essenciais para eu me tornar a pessoa que sou hoje. Agradeço aos meus professores da Escola de Enfermagem, e aos enfermeiros com os quais tive oportunidade de aprender esse ofício. Em especial gostaria de agradecer a minha orientadora Prof^a Helga Gouveia que sempre se fez disponível a construir este trabalho e confiou no meu potencial.

Agradeço a mim, por não deixar que nada me impedisse de continuar lutando pelos meus sonhos. E a todos, que de alguma forma, fizeram parte desta caminhada e ajudaram a construir a enfermeira que venho a me tornar.

RESUMO

Introdução: O aleitamento materno exclusivo (AME) oferece uma gama de benefícios já descritos na literatura, assim como, há diversos malefícios da inefetividade do mesmo. A introdução de suplementação láctea ao recém-nascido logo nos primeiros dias é um fator preditivo para a interrupção precoce do AME, há grande associação já constada com essa prática e o desmame precoce, tornando-se necessário estudar os aspectos relacionados à sua utilização logo após o nascimento. **Objetivo:** Conhecer o padrão de oferecimento de fórmula láctea ao recém-nascido em alojamento conjunto. **Método:** Estudo quantitativo transversal, a amostra foi composta por 210 puérperas e recém-nascidos atendidos pela Unidade de Internação obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados foram coletados no período de junho a outubro de 2020, por meio de levantamento de dados do prontuário eletrônico. Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição. **Resultados:** A prevalência de oferecimento de fórmula láctea para o recém-nascido em alojamento conjunto foi de 17,8%. Desses, 47,6% não tinham justificativa médica para a prescrição, sendo a maioria advinda de problemas relacionados à amamentação. A utilização de suplemento lácteo foi mais frequente em mães de cor autodeclarada branca, entre 20 e 35 anos e ensino médio completo. Em relação à história obstétrica, tinham um companheiro, realizaram mais de seis consultas de pré-natal, eram múltíparas e o parto foi vaginal. Os bebês que mais frequentemente receberam fórmula láctea eram a termo, adequados para a idade gestacional, apgar igual ou maior a sete e não apresentavam baixo peso ao nascer. **Conclusão:** Os resultados deste trabalho implicam em maior conhecimento acerca da oferta de fórmula láctea ao RN logo após o nascimento, considerado um dos principais fatores que contribuem para a interrupção do aleitamento materno exclusivo e para conscientização dos profissionais de saúde que prestam assistência ao binômio em relação a essa prática.

Descritores: Aleitamento Materno; Alimentação Artificial; Recém-Nascido.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1 Aleitamento complementar	8
3.2 Técnicas de oferecer a fórmula	10
3.3 Indicações de fórmula láctea	12
3.4 Consequências do uso de fórmula para a amamentação	14
4 MÉTODO	16
4.1 Tipo de estudo	16
4.2 Contexto do estudo	16
4.3 População e amostra	16
4.4 Seleção dos sujeitos	17
4.5 Coleta de dados	17
4.6 Instrumento	17
4.7 Variáveis do estudo	17
4.8 Processamento e análise dos dados	19
4.9 Aspectos Éticos	19
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	26
7 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	42
ANEXO A – Carta de Autorização do CEP	46

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (2003) recomenda que a amamentação seja exclusivamente de leite materno até os seis meses de idade dos recém-nascidos (RNs) e, mesmo após essa etapa, configura-se como um complemento importante de alimentação infantil até os dois anos de idade. Houve uma tendência mundial a partir da década de 1930 no declínio na duração do aleitamento materno, havendo um resgate somente após 1970, principalmente em países desenvolvidos, que ainda mantêm uma prevalência menor de aleitamento materno (OLIVEIRA et al., 2017).

A diminuição nos índices de aleitamento materno exclusivo (AME) se deu nesta época, principalmente, pelas mudanças ocorridas após o processo de industrialização, na troca de papéis atribuídos às mulheres na sociedade e pela disseminação de propagandas de leites industrializados em todo mundo (BOCCOLINI et al., 2017).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde realizada durante as últimas três décadas, apresenta um crescimento acentuado da amamentação até o ano de 2006 e após esse período houve uma estabilização do crescimento, mantendo o país ainda distante dos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevalência e duração do AME (BOCCOLINI et al., 2017). Assim, tornando-se necessárias a aplicação das iniciativas de incentivo ao aleitamento materno no país.

O leite materno é o melhor alimento a ser ofertado a todos os recém-nascidos, pois contém vitaminas, proteínas, carboidratos, minerais e gorduras de digestão facilitada a esta faixa etária (MARTIN; LING; BLACKBURN, 2016). Além disso, é a primeira fonte natural de anticorpos que beneficiará a criação da imunidade adaptativa no trato gastrointestinal dos RNs (MARTIN; LING; BLACKBURN, 2016).

A amamentação exclusiva está relacionada a uma diminuição significativa de enterocolite necrotizante, que é uma das doenças mais fatais em RNs, quando comparada ao uso de fórmula láctea (FL), bem como diminuição de retinopatia grave, sepse tardia e displasia broncopulmonar (TAYLOR, 2019). Outros estudos também demonstram que o aleitamento materno está diretamente relacionado com

a diminuição de morbicomorbidades relacionadas a infecções gastrointestinais e do aparelho respiratório dos RNs (MARTIN et al., 2016; GOMES; REBELO, 2019). Outro efeito benéfico do aleitamento materno exclusivo foi quanto à dor, pois esses RNs, em detrimento aos que receberam substitutivos do leite materno, demonstraram ter menos dor quando passaram por procedimentos invasivos, o que demonstra que a amamentação tem efeitos analgésicos naturais (ZURITA-CRUZ et al., 2017).

O leite materno desempenha um papel importante na formação da microbiota intestinal dos neonatos, e foi demonstrado que a amamentação exclusiva possibilitou o surgimento de uma flora microbiana mais estável e harmônica em relação a bebês que receberam complemento lácteo (CARVALHO-RAMOS et al., 2018). Este padrão de amamentação proporciona propriedades antibacterianas naturais que podem combater microrganismos patológicos e auxiliam em uma melhor adaptação do sistema imunológico, evidenciando que o leite materno é menos alergênico em relação a complementos e protege o organismo dos RNs (VOJDANI; TURNPAUGH; VOJDANI, 2018; KHASBIULLINA et al., 2019).

Além dos benefícios em curto prazo do AME, estudo demonstra que adolescentes amamentados por mais tempo na infância apresentam menor tendência de adquirirem transtornos mentais em comparação aos que foram amamentados por menos tempo (ALMEIDA et al., 2019). Em longo prazo são o aumento da inteligência, diminuição da ocorrência de sobrepeso e menor tendência a desenvolvimento de diabetes (VICTORA et al., 2016). Demais benefícios em curto, médio e longo prazo dizem respeito às mães, pois amamentar reduz ocorrência de depressão pós-parto, câncer (mama, ovário, endométrio), endometriose, diabetes, osteoporose, pressão arterial elevada e doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, artrite reumatoide, doença de Alzheimer e esclerose múltipla (CIAMPO; CIAMPO, 2018).

Estudo realizado por Rocha et al. (2017) destaca que a eficácia da amamentação está relacionada à ocorrência de comorbidades neonatais, pois quando a mesma é efetiva há uma diminuição de riscos relacionadas à população consumidora em países subdesenvolvidos. Indo ao encontro desta constatação, este mesmo estudo demonstrou, também, que o início prejudicado do aleitamento

materno está relacionado com taxas significativamente elevadas de mortalidade neonatal, o que demonstra a importância da manutenção correta da amamentação.

Ao sabermos a gama de benefícios que a manutenção do aleitamento materno exclusivo oferece e os diversos malefícios da inefetividade do mesmo, torna-se necessário estudar os aspectos relacionados à sua interrupção ou má adesão. Constatou-se que a introdução precoce de fórmula láctea ocasionou diminuição do aleitamento materno até quatro vezes mais em relação a RNs que não receberam este complemento (MENDES et al., 2019). Além disso, também se evidenciou que o uso de alimento lácteo complementar está associado a uma maior ocorrência de enterocolite necrotizante, comorbidade neonatológica grave com alta morbimortalidade, além de sepse, problemas pulmonares e maior tendência a reações alérgicas nos RNs (KHASBIULLINA et al., 2019; TAYLOR, 2019).

Verifica-se, ainda, que na instituição a ser realizado o estudo há um elevado número de prescrições de fórmula láctea a recém-nascidos. Isso é evidenciado por relatos da equipe de saúde que presta assistência aos mesmos e pela observação dos pesquisadores deste estudo durante suas atuações profissionais nas unidades onde acontecem os atendimentos. Portanto, apesar de ser um assunto amplamente discutido na literatura, é relevante que haja uma melhor averiguação deste cenário para uma melhor compreensão da assistência prestada. Assim, torna-se necessário a investigação das indicações do complemento lácteo e este fato, além dos já mencionados anteriormente, justifica o desenvolvimento deste estudo.

Portanto, tem-se como questão norteadora do estudo: Qual o padrão de oferecimento de FL ao recém-nascido em alojamento conjunto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o padrão de oferecimento de fórmula láctea ao recém-nascido em alojamento conjunto.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar a prevalência de RNs que receberam fórmula láctea;

Caracterizar as puérperas e recém-nascidos;

Verificar as indicações do uso da fórmula láctea;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aleitamento complementar

Existem diversos tipos de aleitamento definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidos no mundo todo, sendo classificados em: aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante, aleitamento materno, aleitamento materno complementado e aleitamento materno misto ou parcial. O aleitamento materno exclusivo é quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Aleitamento materno complementar diz-se quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais (poções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos). Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. E aleitamento materno misto ou parcial, quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2015).

O uso da fórmula láctea (FL) como substituto do leite materno no ambiente hospitalar é uma prática multifatorial. O motivo mais comum para a suplementação no aleitamento é a dificuldade na amamentação, demonstrando que uma alta proporção de suplementação ocorre sem explicação médica (BENTLEY et al., 2017). Existem evidências de que o uso de fórmula e outros alimentos não lácteos – água, chá e outros líquidos a base de água – em alojamento conjunto, sem indicação adequada, está associado à interrupção precoce da amamentação (SMITH; BECKER, 2016; DEMIRCI; BOGEN, 2017).

Nesse sentido, a OMS já definia como substitutos do leite materno (SLM) qualquer alimento ou bebida comercializado ou representado como substituto parcial ou total do leite materno, adequado ou não para esse fim. O Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno foi adotado pela Assembleia

Mundial da Saúde em 1981, em resposta ao aumento da mortalidade infantil devido à promoção de fórmula láctea (OMS, 1981).

O Código contém recomendações para regulamentar a comercialização de substitutos do leite materno (produtos para a substituição total ou parcial do leite materno), mamadeiras e bicos, tratando sobre o marketing, não de uma proibição da fabricação ou venda de SLM, mamadeiras ou bicos. Estes podem ser fabricados e vendidos (BOTH, 2018).

Apesar dos reconhecidos benefícios à saúde, apenas 28% dos bebês nascidos em países subdesenvolvidos começam a mamar dentro de uma hora após o nascimento e recebem apenas leite materno nos primeiros 3 dias de vida (CAMPBELL et al; 2016). As características das mães as quais os RNs recebem FL são maioria de classes econômicas médias e altas, que já concluíram o ensino médio e que estão na primeira gestação, sendo os motivos mais relatados por elas, que seu leite é insuficiente para alimentar seu bebê ou por ainda não ter “descido” (PRIES et al., 2016; CHAMPENY et al, 2019). Estes mesmos estudos contribuem a outros apresentando que uma das maiores influências para a administração de FL aos RNs no pós-parto imediato é quando os profissionais da saúde - enfermeiras, parteiras, médicos - recomendam a suplementação, mostrando-se uma influência maior do que a recomendação por familiares da parturiente (PRIES et al., 2016; BOBAN; ZAKARIJA-GRKOVIĆ, 2016; NEWHOOK et al., 2017; CHAMPENY et al, 2019).

Apesar dos esforços para proteger, promover e apoiar a amamentação, as vendas de substitutos do leite materno continuam a crescer em todo o mundo, nos Estados Unidos atingiram US \$ 44,8 bilhões em 2014. Os especialistas previram que as vendas aumentariam para mais de US \$ 70 bilhões em 2019 (ROLLINS et al., 2016).

A FL infantil mais utilizada é baseada nos componentes do leite de vaca ou do leite de soja, com ingredientes suplementares adicionados para melhor aproximar a composição do leite materno humano e obter benefícios à saúde, incluindo ferro, nucleotídeos e composições de misturas de gordura. Os ácidos graxos do ácido araquidônico (AA) e do ácido docosahexenóico (DHA) são adicionados. Probióticos e compostos, produzidos por engenharia genética, são adicionados ou atualmente

estão sendo considerados para adição à fórmula (ROSSEN, SIMON, HERRICK, 2015; MARTIN, LING, BLACKBURN, 2016; CORKINS; SHURLEY, 2016).

As fórmulas infantis devem incluir quantidades adequadas de água, carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais. A composição da fórmula infantil é estritamente regulamentada e cada fabricante deve seguir as diretrizes estabelecidas pelas agências governamentais. Por exemplo, todos os principais componentes adicionados à fórmula (proteínas, lipídios, carboidratos) têm uma faixa de valores mínimos e máximos para sua eficácia. Para aminoácidos, somente as formas L de aminoácidos podem ser adicionadas, enquanto as formas D não são permitidas porque podem causar acidose D-láctica (PAPAGAROUFALIS et al., 2014). A OMS observou que o leite de vaca não modificado nunca deve ser administrado a bebês, assim como outros leites (cabra), também não são recomendados (MARTIN; LING; BLACKBURN, 2016).

A fórmula láctea preparada para consumo de RNs deve conter não menos que 60 kcal (250 kJ) e não mais que 70 kcal (295 kJ) de energia por 100 mL. As fórmulas infantis estão disponíveis em três formas: em pó: a forma mais barata de fórmula infantil que deve ser misturada com água antes da alimentação; líquido: líquido concentrado que deve ser misturado com uma quantidade igual de água; e pronto para alimentar: A forma mais cara de fórmula infantil que não requer mistura (MARTIN; LING; BLACKBURN, 2016).

3.2 Técnicas de oferecer a fórmula

No puerpério, as parteiras são responsáveis pela administração inicial do leite suplementar. Trabalhos anteriores identificaram que falta tempo, baixos níveis de pessoal e resistência à mudança como fatores contribuintes essenciais para o não cumprimento de uma intervenção de apoio à amamentação nas enfermarias pós-natais do Reino Unido (HUNTER; MAGILL-CUERDEN; MCCOURT, 2015).

Na década de 1990, foi idealizada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), cujas diretrizes trouxeram os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Especificamente, o quarto passo recomenda que o profissional ajude as

mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora, após o nascimento, colocando os RN em contato pele a pele imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientando-as a identificar se o RN mostra sinais que está querendo ser amamentado (WHO, 2009; ABDALA; CUNHA, 2018). Esta é a chamada “hora sagrada” ou “hora mágica”, momento único para dar início à interação mãe-RN, promover o apego e propiciar a amamentação (ABDALA; CUNHA, 2018).

Um estudo de Boccolini et al. (2013) com dados secundários sobre a proporção de crianças amamentadas na primeira hora de vida e a taxa de mortalidade neonatal de 67 países aponta que os países com os menores terçis de aleitamento materno na primeira hora de vida apresentaram maior taxa de mortalidade neonatal. Outro estudo de metanálise mostrou que o contato pele a pele precoce entre mãe e filho tem efeito positivo sobre a amamentação entre um e quatro meses após o nascimento, sobre o nível de glicose no sangue dos recém-nascidos nas primeiras horas de vida e na estabilidade cardiorrespiratória de recém-nascidos prematuros tardios (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

A falta de apoio para a amamentação e de tempo das equipes de saúde são fatores que acabam contribuindo para a suplementação da alimentação com FL. Assim como a falta de orientação quanto o oferecimento da suplementação acabará acarretando em dificuldade na administração após a alta hospitalar, se houver indicação. Por não receberem orientação profissional prévia na maternidade as mães acabam seguindo a informações dos rótulos para alimentar o RN, não oferecem o complemento a cada três horas, introduzem bicos, mamadeiras, além de água, chás e outros alimentos a dieta do bebê antes do tempo (ALVARENGA, 2019).

Para administrar a FL ou até mesmo o leite materno, em casos de recém-nascidos prematuros que ainda conseguem sugar, pode ser utilizado o copinho ou a mamadeira. O uso do copo para ofertar complemento lácteo ao recém-nascido é recomendado pela Organização Mundial de Saúde, sendo utilizada em muitos países em desenvolvimento, por proporcionar um método artificial seguro de alimentar bebês de baixo peso ao nascer e pré-termo, até que eles estejam maduros o suficiente para mamar exclusivamente no peito (VARGAS et al., 2014).

A literatura também apresenta uma melhor estabilidade clínica naqueles bebês que utilizam copinho quando comparados aos de mamadeira, sendo relatadas diferenças significativas em termos de menor incidência na queda de saturação de oxigênio e no aumento da frequência cardíaca. Quando o leite é oferecido pelo copinho, o bebê controla o ritmo sucção/lambida, o que proporciona uma respiração adequada, fazendo com que a deglutição ocorra no momento certo. Como resultado, há um menor gasto de energia (VARGAS et al., 2014).

O copo é sugerido como um mecanismo de alimentação alternativo que não invade a cavidade oral, evitando a confusão de bicos e diminuindo o índice de desmame precoce. Como a criança não precisa sugar para prover o alimento consome pouca energia. Os movimentos da língua e mandíbula, na alimentação por copo, são comparáveis aos da alimentação no seio da mãe (VARGAS et al., 2014).

O uso do copo para a suplementação da amamentação foi associado à maior prevalência de aleitamento materno em neonatos a termo, nascidos de cesariana e em prematuros, no momento da alta hospitalar, sugerindo uma influência favorável do uso do copo sobre o aleitamento materno. Na mamadeira, a língua apresenta postura mais retraída, o que dificulta o exercício do seu papel de guia sensorial. Desta forma, como resposta, muitos de seus reflexos estarão anulados e poderão causar confusão no retorno para o aleitamento materno (VARGAS et al., 2014).

3.3 Indicações de fórmula láctea

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno. Elas podem ser classificadas em indicações relacionadas ao recém-nascido e relacionadas às mães (BRASIL, 2015).

Nos que diz respeito aos recém-nascidos, um importante fator de indicação para uso de fórmula láctea são os índices glicêmicos. Recomenda-se o uso de complemento lácteo em RNs apresentando hipoglicemia assintomática comprovada por exame laboratorial. Já os neonatos com hipoglicemia sintomática devem ser tratados com glicose endovenosa (KELLAMS et al., 2017).

Outro fator indicativo de prescrição de alimentação complementar é a evidência de ingestão insuficiente de leite materno. Este fato pode ser averiguado ao ser constatado uma sucção irregular do RN no seio materno ou sinais de letargia do mesmo. Não obstante a isso, a verificação laboratorial de sódio elevado no organismo do neonato indica sinais de desidratação e necessidade de aumento da ingesta alimentar (KELLAMS et al., 2017).

Um importante fator clínico a ser considerado para de leite complementar é o peso do RN. Recomenda-se a suplementação somente se o RN tiver perda acima de 10% do seu peso ao nascer. No entanto, admite-se a possibilidade de avaliação clínica e da qualidade da amamentação quando a perda for $\geq 8\%$ - 10% até o quinto dia de vida (KELLAMS et al., 2017).

Aspecto relacionado ao padrão de evacuação dos bebês também é levado em consideração para decisão de complementação láctea, pois quando é observado atraso na evacuação correspondendo a menos de quatro evacuações no quarto dia de vida ou fezes meconiais no quinto dia de vida pode ser indicada ingestão de fórmula (KELLAMS et al., 2017).

A hiperbilirrubinemia também é considerada um fator importante para prescrição de complemento lácteo. Ao ser constatada icterícia neonatal associada à ingestão insuficiente de leite materno, mesmo após manejo de incentivo do mesmo, deve ser indicada a suplementação (KELLAMS et al., 2017).

No que diz respeito às condições maternas, há duas situações de contraindicações absolutas da amamentação relacionadas a infecções pelos vírus HIV, HLTV1 e HLTV2, sendo necessário o fornecimento de fórmula ao RN (BRASIL, 2015).

Considera-se como recomendação para prescrição de alimentação complementar ao RN o atraso da ativação da secreção de leite materno pelo organismo da mulher que pode ser constatado entre o dia 3 e 5 (ou mais) de vida do neonato, uma vez que isso pode ocasionar ingestão insuficiente de leite. Associado a isso, pode ser constatada insuficiência glandular mamária primária em cerca de 5% das mulheres, ou procedimento cirúrgico realizado no seio, ocasionado uma produção insuficiente de leite materno (KELLAMS et al., 2017).

Outros fatores indicativos de interrupção temporária ou definitiva da amamentação sugerindo prescrição de complemento lácteo relacionam-se ao uso de

medicações ou substâncias psicoativas pela mulher. Uso antineoplásicos e radiofármacos indica interrupção do aleitamento materno. Já os fatores de interrupção correspondem ao uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, LSD), barbitúricos, fármacos a base de opióides e anfetaminas (BRASIL, 2015).

Demais indicadores relacionados à prescrição correta de fórmula láctea ao RN relacionam-se à separação física da mãe ou quando a mesma sentir dor insuportável durante a amamentação, mesmo após manejo (KELLAMS et al., 2017).

3.4 Consequências do uso de fórmula para a amamentação

É consenso entre a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde da Brasil (MS) a recomendação de aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida, uma vez que o leite materno reduz os índices de mortalidade infantil, potencializa o crescimento biológico da criança e supre todas as suas necessidades nutricionais, intervindo no crescimento e desenvolvimento infantil, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê (MOURA et al., 2015).

A sobrevida do AME ao longo dos primeiros meses de vida é decrescente nos hospitais brasileiros, segundo Gasparin et al. (2019) aos 15 dias, 67,4% das crianças são alimentadas exclusivamente com leite materno e ao final do primeiro mês, 52,9%. No que tange à interrupção do AME no primeiro mês, três variáveis apresentam associação: recebimento de complemento lácteo na internação, problemas com as mamas após a alta e utilização de chupeta. Ainda segundo esse estudo, durante a internação, 46,4% das crianças receberam complemento lácteo, e o principal motivo referido foi a dificuldade na técnica de amamentação (GASPARIN et al., 2019).

Diversos estudos apontam que a utilização de complemento lácteo nas primeiras horas de vida aumenta a probabilidade de adesão a outros leites após a alta hospitalar, resultando em menor produção de leite materno, menor tempo de AM e desmame precoce (PATIL et al., 2015; PINHEIRO, 2016). Uma pesquisa no Canadá e outra brasileira apresentaram, respectivamente, que a introdução de complemento lácteo ocasionou uma diminuição do aleitamento materno de 3 e 4

vezes mais em relação a RNs que não receberam este complemento (CHANTRY et al., 2014; MENDES et al., 2019).

Dessa forma, deve-se avaliar criteriosamente a indicação do complemento, avaliando seu custo-benefício, já que posteriormente pode levar à interrupção do AM e também resultar em desmame precoce, impossibilitando que a criança usufrua das vantagens proporcionadas pelo leite materno (GASPARIN, 2019).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo transversal, que compõe um projeto maior intitulado "O padrão de oferecimento de fórmula láctea para o recém-nascido em alojamento conjunto". Dentre os estudos observacionais o estudo transversal corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em um determinado momento de tempo (HULLEY, NEWMAN, CUMMINGS, 2015).

4.2 Contexto do estudo

O presente estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica, do Serviço de Enfermagem Materno Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizada no décimo primeiro andar da ala sul. Trata-se de uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A Maternidade é certificada pelo Hospital Iniciativa Amigo da Criança desde 1997.

4.3 População e amostra

A população pesquisada foi composta por puérperas e seus recém-nascidos internados em alojamento conjunto. Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado o programa Winpepi, versão 11.65. Para que seja possível estimar os principais motivos de utilização de fórmulas lácteas, considerando estudo que encontrou em 49% a justificativa de falta de leite materno (BOBAN; ZAKARIJA-GRKOVIĆ, 2016), chegou-se ao tamanho da amostra total 384 binômios, considerando margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%. Ressalta-se que amostra total não foi atingida, até o momento o estudo conta com 210 puérperas e recém-nascidos que receberam fórmula láctea.

4.4 Seleção dos sujeitos

Foram incluídas no estudo mulheres que tiveram partos no Centro Obstétrico na referida instituição, cujos recém-nascidos encontram-se em alojamento conjunto e utilizaram fórmula láctea. Foram excluídas as puérperas com condições clínicas instáveis e aquelas internadas por prestadora de saúde privada (convênio) ou por custeio próprio (particular).

4.5 Coleta de dados

Diariamente foi realizado o levantamento dos nascimentos por meio de consulta na Planilha de Ocorrências da Área Restrita da UCO e a seguir pesquisa em prontuário eletrônico, para a seleção das participantes que contemplem os critérios de inclusão.

Os dados foram obtidos em prontuário eletrônico. Os prontuários das puérperas e recém-nascidos, que contemplaram os critérios de inclusão, foram cadastrados no sistema de pesquisa do presente projeto, para possibilitar o acesso às informações necessárias e realizado os ajustes e adaptações que também serão testados, até que seja obtida a versão final. Ressalta-se que foi realizado um estudo piloto com a aplicação do instrumento de coleta de dados em dez prontuários.

4.6 Instrumento

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados estruturado a fim de identificar os dados referentes à caracterização das puérperas e recém-nascidos, utilização de fórmula láctea e sua indicação (Apêndice B).

4.7 Variáveis do estudo

Variável dependente:

Fórmula láctea: produto em forma líquida ou em pó destinado à alimentação de lactentes até o sexto mês, sob prescrição, em substituição total ou parcial do leite

materno ou humano, para satisfação de suas necessidades nutricionais (BRASIL, 2018).

Variáveis independentes:

Idade: em anos completos no momento da entrevista.

Cor: será considerada a cor autorreferida. Segundo as categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) no censo demográfico 2010. Serão consideradas as seguintes categorias: branca, preta, parda/morena/mulata, amarelo e indígena.

Nível de instrução: O nível de instrução é o indicador que capta o nível educacional alcançado por cada pessoa, independentemente da duração dos cursos por ela frequentados (IBGE, 2018).

Situação marital: informação fornecida pela puérpera se tem ou não companheiro. Serão consideradas as seguintes categorias: ter companheiro e não ter companheiro.

Número de Gestações: Número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a gravidez atual.

Números de partos vaginais anteriores: partos vaginais ocorridos no passado.

Números de cesarianas anteriores: cirurgias cesarianas ocorridas no passado.

Número de abortos anteriores: abortos espontâneos ocorridos no passado.

Paridade: número de filhos nascidos vivos ou mortos independentes do tipo de parto. Serão considerados: parto normal, fórceps e cesariana.

Idade Gestacional: números de semanas em que estava a gestação no momento do nascimento;

Consultas de pré-natal: número de consultas de pré-natal realizadas na gestação.

4.8 Processamento e análise dos dados

Foi realizada análise descritiva das variáveis pesquisadas, apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa, com apresentação através de tabelas. As análises foram realizadas no software SPSS, versão 20.

4.9 Aspectos Éticos

Por tratar-se de um projeto que envolve seres humanos, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, número do CAAE: 27929020.4.0000.5327. Foram cumpridos os termos da Resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Para o desenvolvimento da coleta de dados em prontuário, foi assinado, pelos autores do estudo, o Termo de Compromisso para Utilização de Dados, via plataforma AGHUse pesquisa.

Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos e sob responsabilidade dos pesquisadores.

5 RESULTADOS

Nesse capítulo serão apresentados os resultados parciais do estudo, referente ao período de coleta de dados de junho a outubro de 2020, dados obtidos no prontuário eletrônico.

A prevalência de recém-nascidos que receberam fórmula láctea foi de 17,8% em alojamento conjunto no período de tempo pesquisado. Neste mesmo período ocorreram 1181 nascimentos no centro obstétrico deste hospital. Desta forma, os achados do estudo corresponderam à amostra composta por 210 puérperas e recém-nascidos que receberam fórmula láctea.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas segundo a caracterização do perfil sociodemográfico e história obstétrica. Porto Alegre, 2020. (N= 210)

Perfil sociodemográfico	N	%
Faixa etária		
15 a 19 anos	16	7,6
20 a 35 anos	164	78,1
Acima de 35 anos	30	14,3
Cor da pele (autodenominada)		
Branca	146	69,5
Preta	43	20,5
Parda/morena/mulata	21	10,0
Nível de instrução (nível educacional)		
Sem instrução (menos de um ano)	01	0,5
Fundamental incompleto	40	19,0
Fundamental completo	31	14,8
Médio incompleto	25	11,9
Médio completo	77	36,7
Superior incompleto	13	6,2
Superior completo	16	7,6
Sem registro	07	3,3
Situação marital		
Não tem companheiro	56	26,7
Tem companheiro	154	73,3

(continua)

Tabela 1 - Distribuição das puérperas segundo a caracterização do perfil sociodemográfico e história obstétrica. Porto Alegre, 2020. (N= 210)

(continua)

História obstétrica	N	%
Número de consultas pré-natal		
Não realizou pré-natal	05	2,4
< 6 consultas	24	11,4
≥ 6 consultas	186	88,6
Número de gestações		
Uma gestação/primigesta	79	37,6
>1 gestação/múltipara	131	62,4
Paridade (via vaginal ou cesariana)		
Nenhum	89	42,4
= 1	62	29,5
> 1	59	28,1
Numero de partos vaginais anterior		
Nenhum	131	62,4
= 1	39	18,6
> 1	40	19
Numero de cesarianas anterior		
Nenhum	156	74,3
= 1	37	17,6
> 1	17	8,1
Número de abortos anterior		
Nenhum	160	76,2
= 1	39	18,6
> 1	11	5,2
Motivos de cesariana		
Cesariana prévia	29	30,5
Desproporção cefalo-pélvica	16	16,8
Condição fetal não tranquilizadora	12	12,6
Falha na indução	11	11,6
Gemelaridade	9	9,5
Pré-eclampsia	6	6,3
Apresentação pélvica	5	5,3
Descolamento prematuro de placenta	2	2,1
HIV + (CV detectável)	1	1,05
Descolamento prematuro de placenta	1	1,05
Desejo materno	1	1,05
Placenta increta	1	1,05
Feto em posição transversa	1	1,05

(continua)

Tabela 1 - Distribuição das puérperas segundo a caracterização do perfil sociodemográfico e história obstétrica. Porto Alegre, 2020. (N= 210)

(conclusão)

História obstétrica	N	%
Tipo de parto		
Vaginal	115	54,8
Cesariana	95	45,2
Total	210	100

Fonte: Elaborada pelo autor (2020).

Na Tabela 1 pode-se verificar que a maioria das mulheres que os recém-nascidos receberam fórmula láctea encontrava-se na faixa etária de 20 a 35 anos (78,1%), eram brancas (69,5%), com nível de instrução até o ensino médio completo (36,7%) e tinham um companheiro (73,3%).

Em relação à história obstétrica, 86,6% das puérperas realizou seis ou mais consultas no pré-natal, 64,4% eram multíparas, 42,4% não tinham filhos anteriores. No que se refere ao tipo de parto verificou-se que 54,8% tiveram parto vaginal.

A seguir serão apresentados os dados referentes ao recém-nascido.

Tabela 2 - Distribuição dos recém-nascidos segundo dados do nascimento. Porto Alegre, 2020. (N= 210)

Dados do nascimento	N	%
Apgar 1º minuto		
<7	15	7,1
≥7	195	92,9
Apgar 5º minuto		
<7	03	1,4
≥7	207	98,6
Foi realizado aspirado gástrico?		
Sim	74	35,2
Não	136	64,8

(continua)

Tabela 2 - Distribuição dos recém-nascidos segundo dados do nascimento. Porto Alegre, 2020. (N= 210)

Dados do nascimento	N	%
(conclusão)		
Motivo da realização do aspirado gástrico		
Líquido meconial	21	28,4
Cianose	05	6,7
Saturação de O ₂ baixa	09	12,2
Hipotonia	13	17,6
Não chorou	01	1,3
Não registrado	25	33,8
Foi realizado lavado gástrico?		
Sim	44	21
Não	166	79
Motivo da realização do aspirado lavado		
Líquido meconial	24	54,5
Náusea/vômito	01	2,3
Cianose	02	4,6
Hipotonia	06	13,6
Não chorou	01	2,3
Não registrado	10	22,7
Idade gestacional (Capurro)		
< 37 semanas	3	15,2
37 a 42 semanas	178	84,8
Adequação do peso		
AIG	153	72,9
PIG	42	20
GIG	15	7,1
Total	210	100

Fonte: Elaborada pelo autor (2020).

Sobre o recém-nascido, a maioria era a termo (84,8%), estavam adequados para a idade gestacional (72,9%), tiveram apgar no 1º e 5º minutos igual ou superior a sete, 92,9% e 98,6% respectivamente, e a média de peso ao nascimento foi de 3170g.

A seguir serão apresentadas as indicações médica da prescrição da fórmula láctea.

Tabela 3 - Distribuição dos recém-nascidos que receberam fórmula láctea segundo indicação médica. Porto Alegre, 2020. (N= 210)

Indicações para administração de fórmula láctea	N	%
Indicação	36	17,1
RN teve hipoglicemia	29	13,8
Mãe HIV +	24	11,4
Dificuldades na amamentação	13	6,2
Perda de peso maior que 10% após nascimento	13	6,2
HGT limítrofe	13	6,2
Uso de drogas pela mãe	12	5,7
Leite materno era insuficiente para alimentar o RN	10	4,7
RN choroso	09	4,2
Mama estava machucada	05	2,3
RN com TAX elevada	04	1,9
Mãe estava muito cansada	03	1,4
RN com baixo peso ao nascer	03	1,4
RN desidratado	02	0,9
RN ictérico	02	0,9
Mãe ansiosa	02	0,9
Perda de peso após nascimento até 9%	02	0,9
RN não suga	02	0,9
RN nauseado	02	0,9
RN preguiçoso/sonolento	01	0,5
RN ainda não evacuou	01	0,5
Anquiloglossia	01	0,5
Colostro com presença de sangue	01	0,5
Fenda palatina	01	0,5
Mãe portadora de COVID-19	01	0,5
Mãe não deseja amamentar	01	0,5
Mãe recebeu contraste	01	0,5
RN com mucosa ressecada	01	0,5
RN com tremores	01	0,5
RN não urinou em 24h	01	0,5
RN muito voraz	01	0,5
Sem registro	13	6,2
Total	210	100

Fonte: Elaborada pelo autor (2020).

Em seguida serão apresentadas as indicações médicas para o uso de fórmula, sendo distribuídas em justificáveis e não justificáveis de acordo com Situações em que há Restrições ao Aleitamento Materno (BRASIL, 2015).

Tabela 4 – Indicações clinicamente justificáveis e não justificáveis para suplementação hospitalar. Porto Alegre, 2020. (N=210)

Indicações para suplementação com FL	N	%
Justificáveis clinicamente	97	46,2
Não justificáveis clinicamente	100	47,6
Sem registro	13	6,2
Total	210	100

Fonte: Elaborada pelo autor (2020).

Na tabela 4 observa-se que 47,6% das indicações para suplementação com fórmula láctea não tinham justificativa clínica para ocorrer, enquanto em 46,2% da amostra existia justificativa clínica para a oferta do suplemento.

6 DISCUSSÃO

Para ser certificado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) a instituição deve apresentar estatísticas na maternidade indicando que pelo menos 75% das parturientes amamentou exclusivamente ou alimentou seus filhos exclusivamente com leite materno do nascimento à alta (BRASIL, 2008). No entanto, a OMS (2003) considera o ideal, para os bebês que tem idade menor que seis meses de vida entre 90% e 100% de AME. A partir da taxa de acreditação pela IHAC, a prevalência de suplementação com fórmula láctea durante a permanência do recém-nascido em alojamento conjunto deste estudo, de 17,8% se encontra dentro do preconizado.

Em estudo realizado na mesma instituição, no ano de 2016, mostra que a prevalência de RNs que receberam fórmula láctea até a alta foi de 23,5% (MORAES et al., 2016) e considerando estudo realizado em Minas Gerais, com prevalência de suplementação com fórmula de 24,6% (BARBOSA et al., 2018), verificou-se que a prevalência de AME foi superior nesta pesquisa. Devemos ressaltar a importância em participar de ações federais de apoio à amamentação e a dedicação dos profissionais de saúde que auxiliam as mulheres neste período, especialmente a enfermagem, pois são os que permanecem com a paciente 24h por dia, para contribuição desses números.

Segundo os critérios da OMS, o Brasil encontra-se em situação apenas razoável quanto às prevalências de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, apresentando 36,6% na última Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2015), e considerada ruim quanto à duração do aleitamento materno (BOCCOLINI et al., 2017). Autores ressaltam que a introdução de leite artificial nos primeiros dias de vida é um fator associado à interrupção precoce do aleitamento materno (FINNIE; PERÉZ-ESCAMILLA; BUCCINI, 2020; GASPARIN et al., 2019; Moraes et al., 2016). Existem outros fatores conhecidos que estão associados à interrupção precoce do AM, tais como, escolaridade materna, uso de chupeta, tipo de parto e idade materna (CORTELO et al., 2020).

Ao comparar mães que amamentaram exclusivamente com aquelas que suplementaram seus recém-nascidos durante a internação hospitalar, a duração mediana da amamentação para a gravidez anterior foi três meses mais longa entre as mulheres que amamentaram exclusivamente, em comparação com aquelas que suplementaram com FL (BOBAN; ZAKARIJA-GRKOVIĆ, 2016).

Esse estudo demonstrou que apesar de 17,8% das crianças serem suplementadas em alojamento conjunto, 47,6% das indicações não tinham justificativa clínica para tal, sendo possível reduzir ainda mais esses números e se aproximar dos 90% de aleitamento materno exclusivo na alta que é considerado o ideal para crianças até o sexto mês de vida preconizado pela OMS (WHO, 2014).

São descritas como justificativas clínicas aceitáveis para suplementação láctea ao RN, perder 10% ou mais do seu peso logo após o nascimento, hipoglicemia, uso de substâncias pela mãe, desidratação (sódio elevado), mãe portadora de HIV e atraso na evacuação, menos de quatro evacuações no quarto dia de vida ou ausência de fezes mecônias no quinto dia de vida (KELLAMS et al., 2017).

Outras indicações que não compõem esse grupo, são consideradas não justificáveis clinicamente e segundo o passo 6 dos “10 Passos Para o Sucesso da Amamentação” da IHAC: “não deve ser dado aos recém-nascidos nenhum alimento ou bebida além do leite materno medicamente indicado” (WHO, 1998). As justificativas clínicas aceitáveis para a utilização de fórmula vão de encontro aos achados deste estudo, pois analisando as indicações para o uso de suplementação na instituição pode-se concluir que a maioria está relacionada a dificuldades na amamentação, como leite insuficiente, mamas machucadas, RN choroso. Demonstrando que há uma utilização inadequada do complemento lácteo em alojamento conjunto.

Em relação às características maternas da amostra desde estudo se assemelha com outros achados da literatura de puérperas de cor autodeclarada branca, com idade entre 20 e 35 anos, que completaram o ensino médio (FINNIE; PERÉZ-ESCAMILLA; BUCCINI, 2019; BOBAN; ZAKARIJA-GRKOVIĆ, 2016; MORAES et al., 2016). O perfil sociodemográfico encontrado nesta amostra pode

estar relacionado com os achados referido por VICTORA et al. (2016), que pessoas de classes sociais mais baixas tendem a amamentar por mais tempo do que as de classes mais altas em todos os grupos de países, mas especialmente em países de renda média como o Brasil. Em contrapartida, ter um companheiro é associado como fator de proteção ao aleitamento materno exclusivo (AME) em alguns estudos, e em outros, como neste, esteve vinculado a mães que suplementaram o AM (SOUZA et al., 2020; BOBAN; ZAKARIJA-GRKOVIĆ, 2016).

Neste estudo 86,6% das puérperas realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal, recomendado pelo Ministério da saúde para um pré-natal adequado (BRASIL, 2012). Demonstrando que há possivelmente uma falta de abordagem em relação à amamentação durante a gestação. Na amostra deste estudo, as puérperas eram em maior parte múltiparas e tiveram partos por via vaginal, contrapondo a literatura sobre o assunto e que pode estar associado ao uso indiscriminado de FL ao recém-nascido. Ser primípara (BARBOSA et al., 2019; FINNIE; PERÉZ-ESCAMILLA; BUCCINI, 2019), e ter parto do tipo cesariana se apresentam como dificultadores da amamentação (FINNIE; PERÉZ-ESCAMILLA; BUCCINI, 2019), mulheres que tem parto por via vaginal tem 37% menos chance de interromper o AME (GASPARIN et al, 2019; UCHOA; RODRIGUES; JOVENTINO; ALMEIDA; ORIÁ; XIMENES, 2016). Isso se justifica devido ao fato de os bebês nascidos de parto vaginal se encontrarem mais alertas e ativos após o nascimento aumentando o vínculo entre mãe-bebê e as chances de amamentação na primeira hora possibilitando um maior sucesso na amamentação (NETTO et al., 2016).

A amamentação é de suma importância para os bebês a termo e ainda mais importante para os RNs pré-termos, de baixo peso e extremo baixo peso. Neste estudo os bebês que receberam suplementação em alojamento conjunto foram majoritariamente a termo (84,8%), estavam adequados para a idade gestacional (72,9%) e tiveram apgar acima de 7 no 1º e 5º minutos. Pode haver um viés nesses achados, pois há maior probabilidade de bebês pré-termos e de baixo peso internar na UTI neonatal, e não foram incluídos neste estudo. Na amostra total de nascidos no hospital pesquisado de 1181 nascidos, 32% internaram na neonatologia por algum motivo. E já é demonstrado por estudos que a taxa de aleitamento materno exclusivo são menores em ambientes de UTI neonatal em todo o mundo (BELLU;

CONDO, 2017).

Dentre os motivos para a indicação de fórmula em alojamento conjunto no presente estudo mais frequentes está à hipoglicemia, mãe portadora de HIV e dificuldades na amamentação. A hipoglicemia esta relacionada também pela ingestão insuficiente de leite materno pelo lactente que pode ser advindo de dificuldades na amamentação (GASPARIN et al., 2019). Neste caso, o manejo inicial para lactentes com hipoglicemia (25 mg/dL – 45mg/dL) assintomáticos seria ofertar leite materno (BRASIL, 2014), este podendo ser ordenhado da mãe e ofertado por copinho ou auxiliando na amamentação, não justificando a oferta de fórmula láctea demasiadamente (GASPARIN et al., 2019).

No que diz respeito a mães portadoras de HIV, a indicação se encontra adequada, pois nesses casos há contra-indicação absoluta para amamentação (KELLAMS et al., 2017). O alto número de puérperas infectadas na instituição pode ter associação os altos índices de portadores de doenças sexualmente transmissíveis na capital do Rio Grande do Sul, especialmente o HIV/AIDS (BRASIL, 2019) e o hospital ser referência para atendimentos de gestação de risco.

A instituição é certificado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) desde 1997 e conta com uma consultora de aleitamento materno para auxiliar as puérperas em alojamento conjunto (AC) nas dificuldades com a amamentação. No entanto, é de responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar apoiar a mulher nesse momento. O ato de amamentar requer habilidades e conhecimento da importância que o leite materno oferece, tanto para o bebê como para a mãe. É necessário que a mãe seja incentivada a romper com os mitos e as dificuldades que vierem ocorrer nesse período tão delicado, devido à sensibilidade e todos os sentimentos envolvidos nessa nova relação afetiva entre mãe e filho (RODRIGUES et al., 2019).

Diante deste contexto é importante destacar que os profissionais de saúde estejam atentos as condições maternas e o contexto sociocultural no qual essas mulheres estão inseridas, assim como, estarem atentos às suas dúvidas, medos e expectativas, e também aos mitos e crenças relacionadas ao aleitamento materno, para que sejam desmitificadas todas as formas que influenciam de forma negativa a

amamentação. Sendo assim os profissionais de saúde exercem de forma mais eficaz a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno (RODRIGUES et al., 2019).

As desvantagens em termos de saúde e custos econômicos decorrentes das baixas taxas de aleitamento materno são geralmente subestimadas. A interrupção precoce da amamentação pode estar associada a problemas maternos, como doença materna, dor na mama, desconforto para amamentar em público ou doenças do recém-nascido (BELLU; CONDO, 2017).

As estratégias da OMS para aumentar a prevalência de AME até 2025 incluem a revitalização, expansão e institucionalização da IHAC, realização de estratégias na comunidade de apoio à amamentação, redução significativa da comercialização agressiva e inapropriada de substitutos de leite materno, empoderamento da mulher para amamentar exclusivamente até seis meses, investimento em treinamento e capacitação para a proteção, promoção e apoio ao AM (WHO, 2014).

Conscientes da significativa associação em introduzir leite artificial nos primeiros dias de vida com a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (FINNIE; PEREZ-ESCAMILLA; BUCCINI, 2020; GASPARIN et al., 2019; MORAES et al., 2016) é de suma importância que os profissionais de saúde sejam cautelosos ao prescreverem e utilizarem suplementação láctea ao RN e somente o fizerem quando houver indicação clínica e não sendo possível ofertar o leite materno por outros meios adequados.

Estudos demonstram que a educação em saúde e os cuidados sobre amamentação na primeira semana após o nascimento levam a uma maior duração do AM, pois em duas semanas quaisquer dificuldades ou complicação na amamentação já se agravarão tornando-se mais difíceis de resolver (FRANCIS; DICKTON, 2019). Os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao binômio precisam ter conhecimentos específicos para incentivo, estímulo e promoção do AM, bem como sobre o manejo das complicações, necessitando desta forma de um aperfeiçoamento especializado. Ressalta-se a importância da atualização profissional, uma vez que avanços sobre as práticas assistências relacionados ao

AM são frequentemente revisados e aprimorados. Acredita-se que com a realização de uma investigação detalhada dos motivos pelos quais há uso inadequado de suplementação láctea ao recém-nascido logo após o parto, poderá ocorrer melhoria nas taxas de AME.

7 CONCLUSÃO

A prevalência de recém-nascidos que receberam fórmula láctea em alojamento conjunto nesta pesquisa foi de 17,8%. No entanto, em 47,6% das indicações médicas para a oferta de fórmula láctea ao recém-nascido não havia justificativa clínica que embasasse a prescrição, a maior parte era advinda de problemas com a amamentação, se fazendo necessário prestar maior auxílio nas questões relacionadas ao aleitamento materno.

Enfatizamos que o suporte ao AM deve ser realizado por todos os membros da equipe multiprofissional, visto que a responsabilidade pelo estímulo ao aleitamento materno ser de todos que assistem o binômio. A prescrição e utilização do complemento lácteo devem ser evitada e somente usadas como recurso nos casos em que há indicação clínica para tal, considerando a influência que essa prática tem no desmame precoce, já demonstrado na literatura.

A utilização de complemento em alojamento conjunto foi mais frequente em mães de cor autodeclarada branca, entre 20 e 35 anos, com ensino médio completo, que tinham um companheiro, fizeram mais de seis consultas de pré-natal, eram múltiparas e tiveram parto vaginal. Em relação aos recém-nascidos, a maioria era a termo, adequado para a idade gestacional, apgar superior a sete e não apresentaram baixo peso ao nascer, não justificando ainda mais a interrupção do AME tão precocemente.

Os resultados deste trabalho implicam em maior conhecimento acerca da oferta de fórmula láctea ao RN logo após o nascimento, considerado um dos principais fatores que contribuem para a interrupção do aleitamento materno exclusivo e para conscientização dos profissionais de saúde que prestam assistência ao binômio em relação a essa prática. Demonstrou-se que a utilização mais adequada desse recurso deve ser feita, e que se assim for, poderá elevar as taxas de AME na alta, possibilitando uma maior aproximação ao que a OMS preconiza para menores de seis meses.

As limitações para realização do estudo foram à falta de padronização nos registros hospitalares que dificultaram a busca dos RNs que receberam

suplementação láctea em alojamento conjunto e a redução no tempo para a coleta devido à pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Leticia Gabriel; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. **Clinical & Biomedical Research**, [s.l.], v. 38, n. 4, p.356-360, 2018.

<<http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.82178>>. Acesso em 19 mar 2020.

ALMEIDA, Caroline Rodrigues de et al. Exposição ao aleitamento materno e transtornos mentais comuns na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 5, 2019. <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00093718>> . Acesso em 19 mar 2020.

ALVARENGA, Willyane de Andrade et al . Mães vivendo com HIV: a substituição do aleitamento por fórmula láctea infantil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 5, p. 1153-

1160,2019.Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501153&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Nov. 2019. Epub Sep 16, 2019. <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0880>>. Acesso em 8 mar 2020.

ASMITH, Hazel; BECKER, Genevieve e. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p.1-87, 2016. <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd006462.pub4>>. Acesso em 12 jun 2020.

BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes et al. Dificuldades iniciais com a técnica de amamentação e o impacto na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil.** , Recife, v. 18, n. 3, pág. 517-

526,2018. <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300005>>. Acesso em 10 ago 2020.

BELLU, Roberto; CONDO, Manuela. Breastfeeding promotion: evidence and problems. **Pediatr Med Chir.**, [S.l.], v. 39, n. 2, 2017. doi: 10.4081/pmc.2017.156. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28673077/>>. Acesso em 10 nov 2020.

BENTLEY, Jason P. et al. Formula supplementation in hospital and subsequent feeding at discharge among women who intended to exclusively breastfeed: An administrative data retrospective cohort study. **Birth**, [s.l.], v. 44, n. 4, p.352-362, 2017.<<http://dx.doi.org/10.1111/birt.1230>>. Acesso em 10 ago 2020.

BOBAN, Marija; ZAKARIJA-GRKOVIĆ, Irena. In-Hospital Formula Supplementation of Healthy Newborns: Practices, Reasons, and Their Medical Justification. **Breastfeeding Medicine**, [s.l.], v. 11, n. 9, p.448-454, 2016.

<<http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2016.0039>>. Acesso em 5 nov 2020.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 89, n. 2, p.131-136, 2013.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.005>>. Acesso em 5 nov 2020.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, p.108, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000029>>. Acesso em 5 nov 2020.

BOTH, Denise. Der Internationale Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. **Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz**, [s.l.], v. 61, n. 8, p.1008-1011, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00103-018-2765-4>>. Acesso em 5 nov 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco - Caderno de atenção básica nº 32**. Editora do Ministério da Saúde, 318 pg., 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em 5 nov 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 194 pg., 2011, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso em 5 nov 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018**- Dispõe sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas nacionais da criança e do adolescente, e dá outras providências. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9579.htm>. Acesso em 5 nov 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 302 pg, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em 5 nov 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 78 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais - Boletim Epidemiológico**. Ministério da saúde, Brasília, 72 pg., 2019. Disponível em: <aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>. Acesso em 5 nov 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 186 pg.,

2015. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em 5 nov 2020.

CAMPBELL, Oona M. R. et al. Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle-Income Countries: Compilation of Reported Data and a Cross-sectional Analysis from Nationally Representative Surveys. **Plos Medicine**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.100-1972, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001972>>. Acesso em 5 nov 2020.

CARVALHO-RAMOS, Isabel I. et al. Breastfeeding increases microbial community resilience. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 94, n. 3, p.258-267, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.05.013>>. Acesso em 5 nov 2020.

CHANTRY, Caroline J. et al. In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed. **The Journal Of Pediatrics**, [s.l.], v. 164, n. 6, p.1339-1345, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.035>>. Acesso em 5 nov 2020.

CIAMPO, Luiz del; CIAMPO, Ieda del. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [s.l.], v. 40, n. 06, p.354-359, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1657766>>. Acesso em 5 nov 2020.

CORKINS, Kelly Green; SHURLEY, Teresa. What's in the Bottle? A Review of Infant Formulas. **Nutrition In Clinical Practice**, [s.l.], v. 31, n. 6, p.723-729, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/0884533616669362>>. Acesso em 5 nov 2020.

CORTELO, Fernando M. et al . Senso de coerência da mulher e sua associação com o desmame precoce,. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 94, n. 6, p. 624-629, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.08.007>>. Acesso em 5 nov 2020.

DEMIRCI, Jill R.; BOGEN, Debra L.. An Ecological Momentary Assessment of Primiparous Women's Breastfeeding Behavior and Problems From Birth to 8 Weeks. **Journal Of Human Lactation**, [s.l.], v. 33, n. 2, p.285-295, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/0890334417695206>>. Acesso em 5 nov 2020.

FINNIE Sheridan, Pérez-Escamilla Rafael, Buccini Gabriela. Determinants of early breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding in Colombia. **Public Health Nutr.**, v. 23, n. 3, 2020. doi: 10.1017/S1368980019002180. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31587670/>>. Acesso em 5 nov 2020.

FRANCIS, Jimi; DICKTON, Darby. Preventive Health Application to Increase Breastfeeding. **Journal Of Women'S Health**, [S.L.], v. 28, n. 10, p. 1344-1349, 1 out. 2019. Mary Ann Liebert Inc. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2018.7477>>. Acesso em 1 dez 2020.

GASPARIN, Vanessa Aparecida et al . Binômios atendidos por consultores em amamentação e a interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018010003422>>. Acesso em 5 nov 2020.

GOMES, Marisa Monteiro; REBELO, Susana Patricia Leal. Aleitamento materno e a prevenção da doença alérgica: uma revisão baseada na evidência. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, [s.l.], v. 35, n. 3, p. 203-209, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v35i3.12095>>. Acesso em 5 nov 2020.

HULLEY, Stephen; CUMMINGS, Steven; BROWNER, Warren; GRADY, Debora; NEWMAN, Thomas. Delineando a Pesquisa Clínica. 4º volume. Porto Alegre: **ArtMed**, 2015.

HUNTER, Louise; MAGILL-CUERDEN, Julia; MCCOURT, Christine. 'Oh no, no, no, we haven't got time to be doing that': Challenges encountered introducing a breastfeeding support intervention on a postnatal ward. **Midwifery**, [s.l.], v. 31, n. 8, p.798-804, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.006>>. Acesso em 5 nov 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017-2018. **IBGE**: Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em 5 nov 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde : 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação. **IBGE**: Rio de Janeiro, 2019, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>

KELLAMS, Ann et al. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. **Breastfeeding Medicine**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.188-198, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2017.29038.ajk>>. Acesso em 5 nov 2020.

KHASBIULLINA, N. R. et al. The Repertoire of Human Antiglycan Antibodies and Its Dynamics in the First Year of Life. **Biochemistry (moscow)**, [s.l.], v. 84, n. 6, p.608-616, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1134/s0006297919060038>>. Acesso em 5 nov 2020.

KOLETZKO, Berthold et al. Global Standard for the Composition of Infant Formula: Recommendations of an ESPGHAN Coordinated International Expert Group. **Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition**. Munich, Germany, p. 584-599. nov. 2005. Disponível em: <https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2005/11000/Effect_of_Nucleotides_on_Diarrhea_and_Immune.6.aspx>. Acesso em: 12 nov. 2019.

MARTIN, Anne et al. Impact of adherence to WHO infant feeding recommendations on later risk of obesity and non-communicable diseases: systematic review. **Maternal**

& **Child Nutrition**, [s.l.], v. 12, n. 3, p.418-427, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/mcn.12201>> . Acesso em 5 nov 2020.

MARTIN, Camilia; LING, Pei-ra; BLACKBURN, George. Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. **Nutrients**, [s.l.], v. 8, n. 5, p.279-300, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3390/nu8050279>>. Acesso em 5 nov 2020.

MENDES, Sara Cavalcanti et al. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 5, p.1821-1829, maio 2019 Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.13772017>>. Acesso em 5 nov 2020.

Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, Gouveia HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(esp):e2016-0044. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044>. Acesso em 5 nov 2020.

MOURA, Edênia Raquel Barros Bezerra de, et al. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revinter**, Piauí, v. 8, n. 2, p.94-116, jun. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.22280/revintervol8ed2.203>>. Acesso em 5 nov 2020.

NETTO, Amanda; SPOHR, Fabiana Aparecida; ZILLY, Adriana; FRANÇA, Andrea Ferreira Ouchi; ROCHA-BRISCHILIARI, Sheila Cristina; SILVA, Rosane Meire Munhak da. Amamentação na primeira hora de vida em uma instituição com iniciativa hospital amigo da criança/ Breastfeeding in the first hour of life at an institution with the baby-friendly hospital initiative. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.i.], v. 15, n. 3, p. 515-521, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.31508>>. Acesso em 5 nov 2020.

NEWHOOK, Julia Temple et al. Determinants of Nonmedically Indicated In-Hospital Supplementation of Infants Whose Birthing Parents Intended to Exclusively Breastfeed. **Journal Of Human Lactation**, [s.l.], v. 33, n. 2, p.278-284, 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1177/0890334417695204>>. Acesso em 5 nov 2020.

O'CONNOR, Michelle et al. Predictors of breastfeeding exclusivity and duration in a hospital without Baby Friendly Hospital Initiative accreditation: A prospective cohort study. **Elsevier Ltd.**, Queensland, Australia, v. 2018, n. 31, p.319-324, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.013>> Acesso em 5 nov 2020.

OLIVEIRA, Danielle Soares de et al. Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 93, n. 2, p.130-135, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.05.005>>. Acesso em 5 nov 2020.

PATIL, Crystal L et al. Early interruption of exclusive breastfeeding: results from the eight-country MAL-ED study. **Journal Of Health, Population And Nutrition**, [s.l.], v.

34, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s41043-015-0004-2>>. Acesso em 5 nov 2020.

PAPAGAROUFALIS, Konstantinos et al. A Randomized Double Blind Controlled Safety Trial Evaluating D-Lactic Acid Production in Healthy Infants Fed aLactobacillus reuteri-containing Formula. **Nutrition And Metabolic Insights**, [s.l.], v. 7, p.19-27, jan. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4137/nmi.s14113>>. Acesso em 5 nov 2020.

PINHEIRO, Josilene Maria Ferreira et al . Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 29, n. 3, p. 367-375, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000300007>>. Acesso em 5 nov 2020.

PRIES, Alissa M. et al. Pervasive promotion of breastmilk substitutes in Phnom Penh, Cambodia, and high usage by mothers for infant and young child feeding. **Maternal & Child Nutrition**, [s.l.], v. 12, p.38-51,2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/mcn.12271>>. Acesso em 5 nov 2020.

ROCHA, Letícia Braga et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. **Rev Med Saude Brasilia.**; v.6, n. 3, p.384-394, 2017. Disponível em:<<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8318>>

ROLLINS, Nigel C et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. **The Lancet**, [s.l.], v. 387, n. 10017, p.491-504, jan. 2016. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01044-2)>. Acesso em 5 nov 2020.

RODRIGUES, Gisele de Menezes Sousa; LIMA, Otília Ferreira; AOYAMA, Elisângela de Andrade; SOUZA, Rafael Assunção Gomes de. ALEITAMENTO MATERNO É MAIS QUE UM DIREITO: UM BENEFÍCIO PARA TODA A FAMÍLIA. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde: ReBIS**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-8, ago. 2019. Disponível em:<<https://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/121>>. Acesso em 5 nov 2020.

ROSSEN, Lauren M.; SIMON, Alan E.; HERRICK, Kirsten A.. Types of Infant Formulas Consumed in the United States. **Clinical Pediatrics**, [s.l.], v. 55, n. 3, p.278-285, 6 jul. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/0009922815591881>>. Acesso em 5 nov 2020.

SAMPAIO, Ádila Roberta Rocha; BOUSQUAT, Aylene; BARROS, Claudia. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.1-2, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200007>>. Acesso em 5 nov 2020.

SOUZA, Tâmara Oliveira de et al. Efeito de uma intervenção educativa sobre a técnica de amamentação na prevalência do aleitamento materno exclusivo. **Rev.**

Bras. Saude Mater. Infantil. , Recife, v. 20, n. 1, pág. 297-304, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100016>>. Acesso em 5 nov 2020.

TAYLOR, Sarah N.. Solely human milk diets for preterm infants. **Seminars In Perinatology**, [s.l.], v. 5, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2019.06.006>>. Acesso em 5 nov 2020.

UCHOA, Janaiana Lemos; RODRIGUES, Andressa Peripolli; JOVENTINO, Emanuella Silva; ALMEIDA, Paulo César de; ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; XIMENES, Lorena Barbosa. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 10-20, 30 mar. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769217687>>. Acesso em 5 nov 2020.

VARGAS, Camila Lehnart et al. Influência do uso do copo ou mamadeira durante a transição alimentar de recém-nascidos pré-termo sobre o sistema estomatognático e as taxas de aleitamento materno. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 2, n. 26, p.327-336, jun. 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/15166>>. Acesso em 5 nov 2020.

VENANCIO, Sonia Isoyama; SALDIVA, Silvia Regina Dias Medici; MONTEIRO, Carlos Augusto. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 6, p.1205-1208, dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004676>>. Acesso em 5 nov 2020.

VICTORA CG, BAHL R, BARROS AJD, FRANÇA GVA, HORTON S, KRASEVEC J, et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol Serv Saude.**, v. 25, n. 1, pg. 1-24, 2016. Disponível em:<<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>>. Acesso em 5 nov 2020.

VOJDANI, Aristo; TURNPAUGH, Chris; VOJDANI, Elroy. Immune reactivity against a variety of mammalian milks and plant-based milk substitutes. **Journal Of Dairy Research**, [s.l.], v. 85, n. 3, p.358-365, ago. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/s0022029918000523>>. Acesso em 5 nov 2020.

WHO. World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. **World Health Organization**: Geneva, 24 pg., 1981. Disponível em:<https://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf>. Acesso em 5 nov 2020.

WHO. World Health Organization. Babyfriendly Hospital Initiative: revised, updated, and expanded for integrated care. Section 1 – Background and implementation. **World Health Organization**: Geneva, 2009. Disponível em:<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/>. Acesso em 5 nov 2020.

WHO. World Health Organization. Evidence of the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**: Geneva, 1998.

Disponível em: <
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591544/en/>.
Acesso em 5 nov 2020.

WHO. World Health Organization. Global strategy for infant and young childfeeding, **World Health Organization**: Geneva, 2003. Disponível em:<<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>>.
Acesso em 5 nov 2020.

WHO. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. **World Health Organization**: Geneva, 2014. Disponível em:<https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/>. Acesso em 5 nov 2020.

ZURITA-CRUZ, Jessie Nallely et al. Lactancia materna para control del dolor agudo en lactantes: ensayo clínico controlado, ciego simple. **Nutrición Hospitalaria**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.301, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20960/nh.163>>.
Acesso em 5 nov 2020.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Padrão de oferecimento de fórmula láctea para recém-nascidos em alojamento conjunto

Registro hospitalar: _____ Entrevistador: _____
Nº _____

INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

DADOS DO RECÉM-NASCIDO (Aba Acomp. Gestações/RN/Exame físico RN)

1. Data do nascimento	___/___/___
2. Horário do nascimento	__h __ min:
3. Peso ao nascimento (em gramas)	
4. Apgar 1º minuto [99] Não registrado	___
5. Apgar 5º minuto [99] Não registrado	
6. Foi realizada aspiração? [0] Não [1] Sim	___
7. Se realizada aspiração, qual foi o motivo? [1] Líquido meconial [2] Náusea/vômito [3] Outros: [77] Não aplica (não realizada aspiração) [99] Não registrado	___
8. Foi realizado lavado	

<p>gástrico?</p> <p>[0] Não [1] Sim</p>	<p> </p>
<p>9. Se realizado lavado gástrico, qual foi o motivo?</p> <p>[1] líquido meconial</p> <p>[2] Náusea/vômito</p> <p>[3] Outros:</p> <p>[77] Não aplica (não realizado lavado gástrico)</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p> __ </p>
<p>10. Idade Gestacional (Capurro – em semanas completas)</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p> __ </p>
<p>11. Adequação do peso</p> <p>[1] AIG</p> <p>[2] PIG</p> <p>[3] GIG</p> <p>[99] Não registrado</p>	<p> __ </p>
<p>12. Data/Horário do recebimento da primeira fórmula</p>	<p>__/__/__</p> <p>__h __ min</p>
<p>13. Qual a indicação da fórmula láctea registrada no prontuário?</p> <p>[0] Sem registro</p> <p>[1] O RN teve um episódio de hipoglicemia</p> <p>[2] O leite materno não era suficiente para alimentar o RN</p> <p>[3] O RN perdeu muito peso após o nascimento</p> <p>[4] O RN ainda não fez coco</p> <p>[5] O RN teve icterícia neonatal</p> <p>[6] A mãe estava muito cansada</p> <p>[7] A mama estava muito machucada</p> <p>[8] Outros: _____</p>	<p> __ </p>

DADOS DAS PUÉRPERAS

14. Idade (em anos completos)	__
15. Cor da pele (autodenominada): [1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena	__
16. Nível de instrução (nível educacional) [0] Sem instrução (menos de um ano) [1] Fundamental incompleto [2] Fundamental completo [3] Médio incompleto [4] Médio completo [5] Superior incompleto [6] Superior completo	__
17. Situação marital: [0] Não tem companheiro(a) [1] Tem companheiro(a)	__

História Obstétrica

18. Número de consultas de pré-natal (0 = não fez pré-natal)	__
19. Número de gestações (incluindo atual)	__
20. Paridade (via vaginal e cesariana) (0 = primigesta – nenhum parto anterior)	__
21. Número de partos via vaginal anterior	__

(0 = nenhum; 1 = um parto via vaginal...)	
22. Número de cesarianas anterior (0 = nenhum; 1 = uma cesariana...)	__
23. Número de aborto anterior (0 = nenhum; 1 = um aborto...)	__
24. Tipo de parto atual [1] Vaginal [2] Cesariana	__
25. Se cesariana, qual a indicação?	

ANEXO A – Carta de Autorização do CEP

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PADRÃO DE OFERECIMENTO DE FÓRMULA LÁCTEA PARA O RECÉM-NASCIDO EM ALOJAMENTO CONJUNTO

Pesquisador: Heiga Geremias Gouveia

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27929020.4.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.926.758

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como objetivo geral conhecer o padrão de oferecimento de fórmula láctea ao recém-nascido em alojamento conjunto. Trata-se de um estudo quantitativo transversal. Será desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica, do Serviço de Enfermagem Materno Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A população pesquisada será composta por puérperas e seus recém-nascidos internados em alojamento, chegou-se ao tamanho da amostra total 384 binômios (mãe-RN), considerando margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%. Serão incluídas no estudo mulheres que tiveram partos no Centro Obstétrico na referida instituição, cujos recém-nascidos encontram-se em alojamento conjunto e utilizaram fórmula láctea. Serão excluídas as puérperas com condições clínicas instáveis e aquelas internadas por prestadora de saúde privada (convênio) ou por custeio próprio (particular).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer o padrão de oferecimento de fórmula láctea ao recém-nascido em alojamento conjunto.

Objetivo Secundário: Identificar a prevalência de RNs receberam fórmula láctea. Caracterizar as puérperas e recém-nascidos.

Verificar as indicações do uso da fórmula láctea. Identificar se a puérpera tem conhecimento sobre

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3350-7840 Fax: (51)3350-7840 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 3.926.758

a indicação de fórmula láctea para seu recém-nascido. Identificar junto à puérpera seu conhecimento sobre fórmula láctea. Identificar se a puérpera foi orientada quanto à técnica de oferecimento da fórmula láctea ao recém-nascido. Identificar quem está ofertando a fórmula láctea ao recém-nascido. Identificar o tipo de aleitamento materno na alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não são conhecidos riscos pela participação nesta pesquisa. No entanto, a resposta às perguntas poderá causar desconforto devido ao tempo ocupado ou à alguma pergunta a ser realizada. **Benefícios:** Sua participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos a você, porém contribuirá para o aumento do conhecimento acerca do assunto deste estudo e poderá, no futuro, beneficiar pacientes com melhorias na assistência relacionada ao recebimento de fórmula láctea.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados estruturado a fim de identificar os dados referentes à caracterização das puérperas e recém-nascidos, utilização de fórmula láctea, conhecimento da mulher sobre a utilização da fórmula láctea e sua indicação, sobre a técnica de oferta e administração da mesma e padrão de amamentação na alta hospitalar. Diariamente será realizado o levantamento dos nascimentos por meio de consulta na Planilha de Ocorrências da Área Restrita da UCO e a seguir pesquisa em prontuário eletrônico, para a seleção das participantes que contemplem os critérios de inclusão. Os dados serão obtidos através de questionário estruturado e registros do prontuário eletrônico materno e do recém-nascido. A aplicação do questionário à puérpera será realizada no dia da alta hospitalar em uma sala reservada na Unidade de Internação Obstétrica que garanta a privacidade da mulher. Será levada em consideração a previsão de alta hospitalar, 48 horas de internação, para organização da aplicação do questionário, de modo que não atrase a alta hospitalar da mesma. Será realizada análise descritiva das variáveis pesquisadas. Para as variáveis quantitativas será utilizada a média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartilicos e para variáveis qualitativas serão usadas frequências absolutas e relativas. Serão cumpridos os termos da Resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes que concordarem em participar da pesquisa assinará um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3350-7840 Fax: (51)3350-7840 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 3.926.758

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 3.891.916 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 09/03/2020. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão de 09/03/2020, TCLE versão de 09/03/2020 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 384 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na Intranet do HCPA.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7840 Fax: (51)3359-7840 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 3.626.750

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1496388.pdf	09/03/2020 15:51:01		Acelto
Outros	RESPOSTA_PARECER_CEP.pdf	09/03/2020 15:36:48	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.pdf	09/03/2020 15:35:04	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	09/03/2020 15:34:42	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/02/2020 11:57:40	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
Outros	TERMO_UTILIZAR_DADOS_THOMAZ.pdf	18/02/2020 21:20:29	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
Outros	TERMO_UTILIZAR_DADOS_KETLYN.pdf	18/02/2020 21:19:54	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
Outros	TERMO_UTILIZAR_DADOS_HELGA.pdf	18/02/2020 21:19:32	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
Outros	INSTRUMENTO.pdf	18/02/2020 20:51:05	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/02/2020 20:49:04	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	15/01/2020 14:39:24	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto
Outros	DelegacaoDeFuncoes.pdf	13/01/2020 15:53:30	KETLYN SANTOS PEREIRA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado


Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Março de 2020

Assinado por:
Tâmia Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7840 Fax: (51)3359-7840 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL 
HCPA

Continuação do Processo: 3.926.758

Endereço: Rua Remiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7840 Fax: (51)3359-7840 E-mail: cep@hcpa.edu.br