

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE
ALINE PRISCILA REGO DE CARVALHO

**SUPLEMENTAÇÃO DO LEITE MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO
RISCO EM HOSPITAL PÚBLICO E PRIVADO**

RECIFE

2017

ALINE PRISCILA REGO DE CARVALHO

**SUPLEMENTAÇÃO DO LEITE MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO
RISCO EM HOSPITAL PÚBLICO E PRIVADO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Dra. Kátia Galeão Brandt

Co-orientadora: Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus

Área de concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde

Linha de Pesquisa: Epidemiologia dos distúrbios da nutrição materna, da criança e do adolescente

RECIFE

2017

Catálogo na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4-1895

C331s Carvalho, Aline Priscila Rego de.
Suplementação do leite materno em recém-nascidos de baixo risco em hospital público e privado / Aline Priscila Rego de Carvalho. – Recife: o autor, 2017.
89 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Kátia Galeão Brant.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde da criança e do adolescente.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Aleitamento materno. 2. Alojamento conjunto. 3. Nascimento a termo. 4. Suplemento do leite materno. I. Brant, Kátia Galeão (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018-14)

ALINE PRISCILA REGO DE CARVALHO

**SUPLEMENTAÇÃO DO LEITE MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO
RISCO EM HOSPITAL PÚBLICO E PRIVADO**

Dissertação aprovada em: 11 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco ó UFPE. Departamento de Enfermagem

Prof. Dra. Maria das Graças Moura Lins (Examinadora Externa)
Hospital Barão de Lucena ó Secretaria de Saúde de Pernambuco

Prof. Dr. Paulo Germano de Frias (Examinador Externo)
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira ó IMIP.

RECIFE

2017

Às mulheres que entregam a si e a seus filhos aos nossos cuidados, confiando na dedicação e comprometimento de cada um de nós, acreditando que somos profissionais que buscam uma assistência qualificada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, não poderia expressar a minha gratidão a outro a não ser àquele que me escolheu, que acredita em mim quando eu mesma não acredito, que me faz voar quando eu penso que já não posso nem caminhar, a Jesus, meu salvador, que me cobre de carinho, de amor e cuidado e que não me deixa desistir, ainda que eu insista que não consigo.

À minha querida e amada Vó, por me mostrar e lembrar que há uma razão para viver, por mesmo com suas limitações me incentivar e se alegrar com minhas lutas mesmo quando eu nem as venço.

Ao casal que me ajudou, desde o início (*convidando amigos para seleção para coleta de dados*) até o final (*encadernando e entregando versões para banca*), bem como em aspectos pessoais. Phillipe e Luainy vocês não fazem ideia da força que me deram e do quanto contribuíram para eu chegar até aqui. E Phillipe, nunca vou esquecer as palavras que você me disse quando eu achei que já não tinha nada, te amo para sempre.

À minha mãe, por todo seu esforço, pela confiança em mim e pela alegria de me ver seguir.

Ao meu irmão, especialmente por tudo que ele foi e fez comigo, para mim e por mim durante esse tempo tão delicado de minha vida.

À minha turma, que fez a caminhada ser mais leve, com todas as nossas festinhas, pelas nossas alegrias e õufocosõ divididos, principalmente àquelas que conviveram mais próximo de mim, e me ajudaram de formas diferentes a seguir em frente: As õCarolsõ, Polly, Bete, Beca e Vivi.

Às minhas queridas orientadoras, Prof.^a Kátia e Prof. Wanderleya, obrigada pela paciência, pelo cuidado, pelos ensinamentos, por tantas palavras, sejam elas escritas ou faladas. Aprendi muito mais que construir uma dissertação com vocês. E professora Wanderleya, nunca vou esquecer a sua confiança e a honra de partilhar um momento tão sublime de sua vida, eternamente obrigada.

Ao meu amigo, irmão, parceiro, minha eterna dupla, Flávio, obrigada pela ajuda, pelos ouvidos (*eu te enchi hein*), pelas palavras, pelas direções, ah, por ser você.

À minha amiga Andrea, pelo apoio, pela força, pelo incentivo, por sua amizade, que foi muito importante também nessa etapa de minha vida.

À minha amiga Camila Barros, por sua disposição e ajuda, seu carinho, mesmo a gente nem convivendo mais nem se falando tanto.

Às minhas crianças amadas, por serem meu ponto de escape e por todo o amor que dedicam a mim, tantas vezes eu precisei brincar um pouquinho para conseguir prosseguir.

À minha tia Maria pela disposição, preocupação e carinho.

A todos os professores da POSCA, muitos me ensinaram lições de vida para a vida toda. Em especial ao professor Pedro e à professora Marília por toda disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. E à professora Margarida, por tanta contribuição, atenção e carinho.

Aos funcionários da secretaria, especialmente a Paulo, por todo auxílio, carinho, torcida e preocupação.

Aos doutores da Banca Examinadora, e às professoras doutoras Marly Javorski e Gisélia Alves por todas as contribuições e ensinamentos.

Possivelmente tenha me perdido em algumas palavras, exatamente porque ao escrever eu pude rever tantos momentos...

Então, quero somente dizer: Obrigada!

Obrigada a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para que eu chegasse até aqui.

Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?

Fernando Pessoa

RESUMO

O uso do suplemento do leite materno, principalmente quando ocorre nos primeiros dias de vida está diretamente relacionado ao desmame precoce e, conseqüentemente, aos maiores índices de morbimortalidade infantil. A prática de suplementação em serviços de saúde é um problema multifatorial. O estudo teve como objetivo avaliar o uso do suplemento do leite materno em recém-nascidos (RN) de baixo risco, no alojamento conjunto (AC) em um hospital público e em um hospital privado na cidade do Recife e os fatores associados. O estudo é do tipo quantitativo, observacional, comparativo, prospectivo. Participaram do estudo 324 binômios mãe-filho, sendo os recém-nascidos de baixo risco, destes 151 atendidos no Hospital Público e 173 no Hospital Privado. Os dados foram coletados no prontuário do RN, prontuário da puérpera, declaração de nascido vivo e complementado com informações do lactário, no hospital público. A análise foi realizada no software SPSS, versão 20 e analisados por meio da análise bivariada. A frequência do uso do suplemento pelos recém-nascidos de baixo risco no AC foi semelhante no hospital público e no privado (42,4% vs 43,4%), no entanto existiu discrepância no percentual de prescrição (80,3% no privado vs 43% no público). Os fatores associados à suplementação que mostraram significância estatística foram a primiparidade em ambos os serviços ($p=0,04$ e $p=0,002$, serviço público e privado, respectivamente) e o uso prévio ao AC, no hospital privado ($p=0,000$). Os fatores identificados em associação ao uso do suplemento do leite materno nos hospitais são passíveis de intervenção e modificação. Os achados reforçam a importância dos cuidados nos primeiros dias de vida, sugerindo-se que sejam utilizados para nortear a assistência prestada ao binômio mãe-filho nos hospitais.

Palavras chave: Aleitamento materno. Alojamento conjunto. Nascimento a termo. Recém-nascido. Suplemento do leite materno.

ABSTRACT

The use of the breast milk supplement, especially when it occurs in the first days of life, is directly related to the early weaning and, consequently, to higher rates of infant morbidity and mortality. The practice of supplementation in health services is a multifactorial problem. The objective of the study was to evaluating the use of breast milk supplementation in low-risk newborns (NB), in the joint housing (AC) of two Hospitals from the Recife city, Pernambuco Brazil ó one public and another private. The study is supposed to be quantitative, observational, comparative, and prospective. A total of 324 mother-child binominal has taken part in the study, and the newborns were at low risk, of which 151 were attended at the Public Hospital and 173 at the Private Hospital. Data were collected from the NB recorded health data the records of the newborn, health records of the puerperium, declaration of Live Birth Declaration and complemented with information from the lactario, in the public hospital. The analysis was performed in SPSS software, version 20 and analyzed by bivariate analysis. The frequency of supplement use by low risk newborns in CA was similar in the both public and private hospitals (42.4% vs 43.4%), however there was a discrepancy in the percentage of prescription (80.3% in the private vs. 43% in the public). The factors associated with supplementation that showed statistical significance were the primiparity in both services ($p = 0.04$ and $p = 0.002$, public and private service, respectively) and the previous using of CA in the private hospital ($p = 0.000$). The factors also identified in association with the use of breast milk supplementation in the mentioned hospitals are amenable to intervention and modification. The findings reinforce the importance of care in the first days of life, suggesting that they be used to guide the care provided to the mother-child binomial in the hospitals.

Key words: Exclusive breastfeeding. Rooming-in. Full-term birth. Newborn. Breast milk supplement.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma do estudo piloto nos prontuários dos binômios mãe-filho em alojamento conjunto nos dois hospitais de estudo	36
Figura 2 - Fluxograma da coleta de dados nos prontuários dos binômios mãe-filho em alojamento conjunto nos meses de maio a julho de 2016	37
Gráfico 1 - Uso do suplemento durante o internamento no hospital	41
Gráfico 2 -Uso do suplemento no alojamento conjunto	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos hospitais e suas equipes de saúde na Cidade do Recife/PE 2016	39
Tabela 2 - Características das puérperas do hospital público e privado na Cidade do Recife/PE entre os meses de maio e julho de 2016	40
Tabela 3 - Análise bivariada dos fatores associados ao uso do suplemento do leite materno em 151 recém-nascidos no alojamento conjunto de um hospital público na Cidade do Recife/PE. Maio ó Julho/2016	43
Tabela 4 - Análise bivariada dos fatores associados ao uso do suplemento do leite materno em 173 recém-nascidos no alojamento conjunto de um hospital privado na Cidade do Recife/PE. Maio ó Julho/2016	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BLH	Banco de leite humano
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COB	Centro Obstétrico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
GM	Gabinete do Ministro
HAC	Hospital Amigo da Criança
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotrópico da Célula T Humana
IG	Idade gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LA	Leite artificial
LH	Leite humano
LM	Leite materno
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PN	Parto normal
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
REDEBLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RN	Recém-nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
Sem	Semanas
TP	Trabalho de parto
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	O uso do suplemento do leite materno no ambiente hospitalar	18
2.2	Fatores associados ao uso do suplemento do leite materno no hospital	21
2.3	Ações voltadas ao sucesso do aleitamento materno exclusivo e controle do uso do suplemento do leite materno no hospital	25
3	MÉTODOS	30
3.1	Tipo de estudo	30
3.2	Local do estudo	30
3.3	Amostragem	31
3.4	Critérios de inclusão	31
3.5	Critérios de exclusão	31
3.6	Definição das variáveis	32
3.6.1	Variável dependente.....	32
3.6.2	Variáveis independentes.....	32
3.6.3	Variáveis de caracterização de uso do suplemento do leite materno	33
3.7	Operacionalização da pesquisa	34
3.7.1	Estudo Piloto.....	34
3.7.2	Coleta de Dados	35
3.7.3	Análise dos Dados.....	36
3.7.4	Aspectos Éticos.....	37
3.7.5	Problemas Metodológicos e Limitações do Estudo	37
4	RESULTADOS	39
4.1	Caracterização dos hospitais e suas equipes de saúde	39
4.2	Caracterização dos recém-nascidos e das puérperas	39
4.3	Caracterização do uso do suplemento por recém-nascidos de baixo risco durante o internamento nos hospitais em estudo	40

4.4	Distribuição do uso do suplemento por recém-nascidos de baixo risco durante o internamento no alojamento conjunto segundo as características maternas, assistenciais e neonatais.....	41
5	DISCUSSÃO	45
6	CONCLUSÕES.....	55
7	RECOMENDAÇÕES	56
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICE A 6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 6 GERENTE [OU COORDENADOR (A) DA MATERNIDADE	65
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 6 PRONTUÁRIO.....	66
	ANEXO A 6 PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	67
	ANEXO B - FOLHA DA INSTITUIÇÃO	68

1 INTRODUÇÃO

O uso precoce do suplemento do leite materno, mesmo que isoladamente, interfere na intenção da mãe amamentar. O uso está relacionado à menor produção de leite pela mãe, maior exposição da criança a contaminantes ambientais e proteínas heterólogas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008; EVANS; MARINELLI; TAYLOR, 2014; CERÁVOLO et al, 2013; LOPES et al, 2013), com associação a complicações que elevam os índices de morbimortalidade infantil, quer seja pelo risco de desenvolver doenças ou agravos à saúde ou por estar relacionado ao aumento da prevalência de desmame precoce (MONTEIRO, NAKANO e GOMES, 2011; MARGOTTI, 2013; MACHADO, 2014).

Com o objetivo de contribuir para o aleitamento materno exclusivo (AME), várias medidas foram adotadas desde o pós-parto imediato até o sexto mês de vida, dentre elas, a elaboração dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, desenvolvidos pela UNICEF, na iniciativa Hospital Amigo da Criança (UNICEF, 1990), no intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (COUTINHO et al, 2005; FIGUEREDO; MATTAR; DE VILHENA ABRÃO, 2012; WHO, 1989; BRASIL, 2008). O sexto passo desta estratégia é: Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

Essa estratégia é amplamente conhecida no Brasil e no município do Recife, que possui grande número de Hospitais Amigos da Criança (HAC). Apesar desta determinação, há ainda preocupação quanto ao uso de suplementos do leite materno em maternidades do Brasil e do mundo (CERÁVOLO et al, 2013; FERREIRA et al, 2011; COUTINHO et al, 2005; DECLERCQ et al, 2009; LOPES et al, 2013; MEIRELLES et al, 2008; TENDER et al, 2009).

Estudos avaliam os fatores relacionados à suplementação no hospital e apontam para fatores maternos, neonatais e assistenciais, incluindo tempo e duração do contato pele a pele, tempo da primeira mamada e tempo de contato do binômio mãe-recém-nascido. (DECLERCQ et al, 2009). Outro fator relacionado à suplementação, e que chama a atenção para a responsabilidade dos profissionais de saúde, é a falta de conhecimento e/ou envolvimento adequado destes profissionais no manejo do aleitamento materno e no suporte às mães nesse período crucial para o estabelecimento desta prática (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013; SIMÕES; TOMAZ, 2013; MACHADO, 2014).

A certificação como HAC e a adoção do alojamento conjunto (AC) são fatores protetores para o não uso do suplemento em alguns hospitais. Além disso, há uma

compreensão de que o aleitamento materno exclusivo é a melhor prática alimentar para o RN, principalmente nas primeiras horas e dias de vida. Há ainda o entendimento de que, durante as primeiras horas pós-parto, o binômio mãe-filho se encontra em um período frágil de suas vidas, vivenciando desafios físicos e emocionais (ATHANÁZIO et al, 2013; FIGUEREDO; MATTAR; DE VILHENA ABRÃO, 2012; MACHADO, 2014; MEIRELLES et al, 2008).

Além disso, torna-se importante entender o contexto no qual este binômio se torna mais vulnerável ao uso de suplementos, como por exemplo, a primiparidade, a menor idade da mãe, o uso de chupetas, a baixa escolaridade materna (BAPTISTA; ANDRADE; GIOLO, 2009; LOPES et al, 2013; MEIRELLES et al, 2008; TENDER et al, 2009). Fatores maternos, neonatais e institucionais que podem interferir nesse uso variam de acordo com o tipo de hospital e o contexto sócio-econômico-cultural.

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu da vivência pessoal da autora como enfermeira obstetra, que proporcionou observação e não compreensão do cenário assistencial e a necessidade de elucidar e fundamentar os possíveis aspectos que colocam mães e recém-nascidos (RN) em contexto de maior fragilidade para o uso de suplementos dentro do ambiente supervisionado dos hospitais, pretendendo apontar subsídios que norteiem intervenções adequadas nos diferentes hospitais.

O delineamento dos fatores que elevam a chance de usar suplemento do leite materno em RN de baixo risco, dentro da realidade local, pode nortear a abordagem adequada do problema, permitir a criação de propostas para intervir nos pontos críticos relacionados e então minimizar o problema.

Com base nas lacunas existentes no conhecimento, tendo o entendimento da complexidade que envolve este tema e dos limites inerentes a uma pesquisa exploratória, foi desenvolvido o projeto de pesquisa "Suplementação do leite materno em recém-nascidos de baixo risco em hospital público e privado", inserido na área de concentração "Abordagens Quantitativas em Saúde", na linha de pesquisa "Epidemiologia dos distúrbios da nutrição materna, da criança e do adolescente", do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco.

O estudo teve a finalidade de responder à seguinte pergunta norteadora: Quais os fatores associados ao uso do suplemento do leite materno em recém-nascidos de baixo risco durante a permanência no alojamento conjunto em um hospital público e em um hospital privado na cidade do Recife?

O objetivo geral foi avaliar o uso do suplemento do leite materno e os fatores associados em recém-nascidos de baixo risco no alojamento conjunto em um hospital público

e em um hospital privado na cidade do Recife. Já os objetivos específicos pretenderam estimar a frequência do uso do suplemento do leite materno em recém-nascidos de baixo risco internados em alojamento conjunto de um hospital público e um hospital privado, além de verificar a associação entre o uso do suplemento do leite materno e as variáveis maternas, assistenciais e neonatais.

Além da apresentação, a dissertação é composta por um capítulo de revisão da literatura no qual são apresentados o uso do suplemento do leite materno no ambiente hospitalar, fatores associados ao uso do suplemento do leite materno no hospital e ações voltadas ao sucesso do aleitamento materno exclusivo e controle do uso do suplemento do leite materno no hospital.

No terceiro capítulo consta a seção dos métodos, na qual são detalhados os procedimentos para realização da pesquisa. O quarto capítulo é composto pela descrição dos resultados obtidos, enquanto o quinto apresenta a discussão embasada na literatura científica. Por fim, as conclusões sobre os principais achados e recomendações que surgiram após as reflexões suscitadas pela pesquisa

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a amamentação exclusiva até os seis meses de vida e complementada até os dois anos ou mais, devido a todas as vantagens dessa prática para a saúde da mãe e, especialmente, da criança, sendo aleitamento materno exclusivo (AME) a oferta de leite humano (LH) direto da mama ou ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2009).

O uso precoce do suplemento do leite materno eleva a probabilidade de morbimortalidade infantil decorrente de doenças como diarreia, pneumonia e otites. A oferta precoce de fórmulas lácteas pode aumentar o risco de doenças alérgicas (incluindo alergia ao próprio leite de vaca), doenças autoimunes e outras doenças crônicas, principalmente se introduzido nas primeiras horas de vida (BOUDET, 2014; FROTA et al, 2008; MACHADO, 2014; NAVARRO et al, 2013; SILVA; GUEDES, 2013).

Apesar dos inquestionáveis benefícios, a prevalência global de AME em crianças abaixo de seis meses, entre 2007 e 2014, foi de apenas 36% (WHO, 2017). No Brasil, na segunda pesquisa de prevalência do aleitamento materno realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal, a taxa global de AME para menores de seis meses foi de 41%, e de apenas 38% no Recife (BRASIL, 2009).

Estudos, nas mais diversas áreas do conhecimento, vêm sendo desenvolvidos para elucidar os problemas relacionados ao desmame precoce associado à mãe, ao recém-nascido, às instituições de saúde e a sociedade (MARGOTTI, 2013; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011).

A revisão da literatura foi realizada com o intuito de aprofundar o conhecimento existente sobre essa prática e os fatores associados ao uso do suplemento durante a internação hospitalar, período fundamental para o suporte à amamentação.

2.1 O uso do suplemento do leite materno no ambiente hospitalar

As primeiras horas após o parto são consideradas as mais críticas para a manutenção do AME ao longo dos seis meses. Verifica-se que, independente da frequência ou do tipo do suplemento utilizado, a prática do uso de suplemento nas primeiras horas de vida pode interferir na adaptação do RN e da mãe, prejudicando a manutenção do AME.

O termo suplemento é utilizado para líquidos, como solução glicosada, fórmula infantil ou ainda LH pasteurizado, ofertados às crianças antes dos primeiros seis meses de vida, momento no qual deveriam ser amamentadas exclusivamente, diferente de complemento que se refere a alimentos e/ou líquidos ofertados para complementar o leite materno a partir dos seis meses de vida (GIUGLIANI, 2000; BRASIL, 2015; EVANS; MARINELLI; TAYLOR, 2014).

Com o uso da suplementação, o RN pode ficar menos reativo para a mamada e apresentar uma redução do reflexo de sucção, diminuindo o esvaziamento mamário e, conseqüentemente, a produção do leite (ALMEIDA et al, 2010; COUTINHO et al, 2005; MACHADO, 2014; MEIRELLES et al, 2008; TENDER et al, 2009). Essa prática interfere na percepção da mãe quanto à sua capacidade em alimentar seu filho, que pode também associar a permissividade encontrada dentro do ambiente hospitalar à possibilidade de continuação dessa prática após a alta (COUTINHO et al, 2005; DECLERCQ et al, 2009; MEIRELLES et al, 2008; SILVA; GUEDES, 2013; SIMÕES; TOMAZ, 2013; TENDER et al, 2009).

O elevado uso desses suplementos em maternidades brasileiras, mesmo aquelas certificadas como HAC, foi observado em pesquisa representativa das maternidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), no município do Rio de Janeiro. A pesquisa foi realizada em 15 maternidades do município, tendo sido constatada uma prevalência do uso de suplementos de fórmula infantil igual a 49,8% (LOPES et al, 2013). Essa frequência variou de acordo com a região ou maternidade na qual o levantamento foi feito.

Em 2013, no Rio Grande do Norte, foi realizada uma pesquisa em um hospital-escola de referência, certificado como HAC, onde foi possível observar uma frequência do uso de suplemento inferior à observada no Rio de Janeiro, tendo sido da ordem de 16% (PINHEIRO et al, 2016).

Essa prática pode ser avaliada em função do contexto histórico. As primeiras práticas de suplementação foram influenciadas pelos colonizadores do Brasil e chegou ao ápice na era da industrialização. O uso de fórmulas industrializadas foi bastante promovido e encorajado, devido à introdução de tecnologias modernas, que possibilitaram a pasteurização do leite de vaca, a fabricação do leite em pó e a confecção de mamadeiras e bicos artificiais. Isso proporcionou uma mudança de comportamento, gerando novos hábitos sociais, que ocorreu em parte devido ao desconhecimento dos riscos e prejuízos associados a essa nova prática, mas principalmente pelas facilidades e estímulos advindos das propagandas e/ou doações de leite pelas indústrias (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011; VENANCIO, 2003).

A prática do aleitamento materno também foi influenciada pela institucionalização do nascimento e parto e a permanência do neonato em berçários contribuiu para a introdução precoce de outros alimentos na sua dieta. Nesse contexto, os serviços de saúde se firmaram como importantes veiculadores da prática de aleitamento artificial, cujos RN permaneciam afastados das suas mães após o nascimento e a equipe de saúde utilizava os substitutos do leite materno para avaliar a presença do reflexo de sucção antes mesmo do contato com a puérpera (DECLERCQ et al, 2009; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011; VENANCIO, 2003). As empresas intensificaram as propagandas e os incentivos aos médicos, que passaram a orientar a utilização do leite artificial, não apenas como uma alternativa, mas como um alimento superior ao leite materno (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013; DECLERCQ et al, 2009; REA, 2003; VENANCIO, 2003).

Surgiram crenças e mitos, que comprometeram a viabilidade do AME na população, como a existência do leite materno fraco, a superioridade do leite de vaca ou até a necessidade de separação do binômio mãe-filho para sua maior segurança. Até hoje, estas falácias influenciam a percepção da mulher acerca de seu papel no aleitamento materno, permitindo o uso desnecessário do suplemento do leite materno (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013).

Entretanto, o aumento da prática de suplementação com fórmulas artificiais associou-se ao aumento da mortalidade infantil chamando a atenção para a necessidade de proteger o AME nos primeiros meses de vida. Desde então, foram desenvolvidas campanhas e estratégias de incentivo ao aleitamento materno (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011; VENANCIO, 2003).

Apesar disso, as taxas de aleitamento materno no Brasil ainda são baixas e, embora os inquéritos nacionais indiquem recuperação da prática nos últimos anos, sua duração é breve e o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida é raro, estando os piores índices encontrados na região Nordeste do país (BRASIL, 2002; BRUNKEN et al, 2006; COUTINHO et al, 2005; MARGOTTI, 2013; SUSIN, GIUGLIANI, KUMER; 2005).

Apesar do uso, frequentemente desnecessário, dos suplementos ou substitutos do leite materno, há algumas situações aceitáveis definidas pela OMS nas quais eles são indicados que podem estar relacionadas a fatores maternos e/ou neonatais (OMS, 2008).

São algumas situações em que o aleitamento materno não deve ser recomendado: mães que foram infectadas pelos vírus do HIV ou HTLV; as que estiverem em uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos; quando há vesículas herpéticas na pele da mama; caso a mãe esteja com varicela e apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto; na fase aguda da

Doença de Chagas; se existir sangramento mamilar; diante de consumo abusivo de drogas pela mãe e se a criança for portadora de galactosemia. Nas ocasiões em que a contraindicação for temporária, deve-se estimular a produção do leite, até que a puérpera possa amamentar (BRASIL, 2009).

O entendimento da prática do uso de suplementos no ambiente hospitalar é complexo e necessita ser avaliado a luz dos diversos atores envolvidos no processo. Alguns fatores que parecem interferir durante o internamento hospitalar estão relacionados às condições maternas e neonatais, às políticas e estratégias locais, à assistência prestada pelos profissionais, entre outras (COUTINHO et al, 2005; ESTEVES et al, 2014; FUJIMORI et al, 2010; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011; TENDER et al, 2009). As variáveis, possivelmente, contribuem de forma diferente, de acordo com as características de cada população, fazendo-se necessário conhecer as particularidades de cada região e dos serviços de saúde para que sejam identificadas as fragilidades e, através desse conhecimento, traçar planos de ação específicos (ALMEIDA et al, 2010; MACHADO, 2014).

2.2 Fatores associados ao uso do suplemento do leite materno no hospital

O período de permanência hospitalar no pós-parto é fundamental para o sucesso da amamentação, haja vista que influencia a percepção da mulher quanto ao seu papel de mãe/lactante. Por isso, durante esse período, é importante que a assistência dos profissionais de saúde contribua para o fortalecimento da prática do AME (DECLERCQ et al, 2009; MOREIRA; NAKANO, 2002).

A flexibilização e a permissividade do uso de suplementos do leite materno dentro do ambiente hospitalar impactam negativamente no empoderamento da mãe para o AME e favorece o desmame. Isso pode ser impulsionado pelas práticas assistencialistas das instituições, pela equipe de saúde, à puérpera e ao recém-nascido.

Nos últimos anos o Brasil tem dirigido esforços para diminuir o uso de suplemento no ambiente hospitalar, visto que determinadas características dos modelos institucionais podem impactar no maior ou menor favorecimento ao uso de suplementos (MACHADO, 2014), como o tipo de financiamento da instituição (se financiamento público ou privado) e a existência ou não de certificação de HAC (ESTEVES et al, 2014).

Instituições privadas foram apontadas, em alguns estudos, como locais de risco para não amamentação precoce, sendo essa uma variável direta que poderia justificar o uso precoce do suplemento (ESTEVES et al, 2014; MACHADO, 2014; MARGOTTI, 2013). Em

outros estudos, o nascimento em hospitais privados aparece como um fator controverso, uma vez que usualmente encontram-se mulheres com maior nível cultural e econômico, que possuem maior acesso à informação e à assistência de saúde, o que poderia influenciar positivamente na intenção de amamentar dessas mães e, conseqüentemente, diminuiria a solicitação e/ou aceitação do uso do suplemento(MACHADO, 2014).Outro motivo presente nesses hospitais é a ocorrência da cesariana eletiva em elevada frequência, condição que contribui positiva e significativa com o uso do suplemento(SOUZA, 2012).

Além desses fatores, nascimentos no período noturno, início tardio da amamentação, existência de mamadeiras dentro das instituições, prescrição rotineira de suplementos, altos índices de cesarianas e o maior tempo de permanência no hospitaltambém favorece para o uso inadequado de suplementos(BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013; ESTEVES et al, 2014; MACHADO, 2014; SOUZA, 2012).

A prescrição do suplemento provavelmente facilita a sua utilização. Em estudo realizado em Porto Alegre (MACHADO, 2014) quase metade das crianças que tinha o suplemento prescrito, fez uso, sugerindo que a existência da prescrição estimula e/ou facilita a sua utilização. A prescrição médica do suplemento, muitas vezes, já ocorre na primeira prescrição pós-parto, sem a definição de critérios específicos para a utilização(ALMEIDA et al, 2010; DULFE et al, 2015; MACHADO, 2014).

A solicitação materna é prática comum associada ao uso do suplemento do leite materno nos primeiros dias de vida do RN durante a internação na maternidade, portanto, devem ser consideradas as condições clínicas da puérpera, bem comoas suas percepções, significados e mitos a cerca dessa prática. Os motivos para essa solicitação sãoausência de sono e o choro intenso da criança, preparação inadequada para o cuidado do RN, falta de conhecimento sobre a prática ou fisiologia da amamentação e a percepção de que o suplemento é a solução para os problemas no aleitamento materno ou até uma possibilidade de descanso(DAMOTA et al, 2012; MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011; SIMÕES; TOMAZ, 2013; SOUZA, 2012; TENDER et al, 2009).

A percepção de leite insatisfatório pela nutriz é influenciada por fatores sociais, culturais, psicológicos, por experiência anterior negativa, falta de informação, de apoio e incentivo (BORGES; PHILIPPI, 2003). A maioria das puérperas relata que não estava preparada para a demanda exigida por seus filhos, como o choro intenso, a vigília e a frequência das mamadas. Acreditavam que o leite surgiria logo após o nascimento e o RN apresentaria boa pega na primeira tentativa, associando a dificuldade do RN à rejeição da mama(DAMOTA et al, 2012).

Em estudos realizados, algumas características maternas foram associadas ao maior uso do suplemento, sem configurar indicação absoluta pelas recomendações da OMS: presença de alterações mamilares e pega incorreta; primiparidade; menor idade materna; submissão à cesariana; baixa escolaridade, baixas condições socioeconômicas e acompanhamento pré-natal inadequado (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013; DAMOTA et al, 2012; MARGOTTI, 2013; MEIRELLES et al, 2008; SIMÕES; TOMAZ, 2013; TENDER et al, 2009).

Há também algumas condições associadas ao uso do suplemento que são decorrentes de características neonatais e interferem na capacidade que os lactentes têm de amamentar. Constituem-se fatores de risco: a prematuridade, o baixo peso ao nascer, intercorrências clínicas, índice de Apgar baixo no quinto minuto, distúrbios metabólicos, alterações neurológicas, síndromes e anomalias congênitas (ATHANÁZIO et al, 2013; COSTA, 2014; COUTINHO et al, 2005; ESTEVES et al, 2014). O sexo do RN é destacado por alguns autores como um fator de risco, mas não há um consenso sobre essa variável (ESTEVES et al, 2014; MACHADO, 2014).

Diante da complexidade dos fatores envolvidos no uso de suplementos nos hospitais, algumas ações da equipe de saúde podem impactar no sucesso do AME na instituição e podem ser fatores protetores para o uso de suplementos, como os conhecimentos e habilidades dos profissionais, a designação de equipe específica para manejo do aleitamento materno, a certificação como Hospital Amigo da Criança, treinamento para o parto, apoio familiar, o recebimento de orientações sobre a prática da amamentação e a amamentação na sala de parto (COSTA, 2014; COUTINHO et al, 2005; ESTEVES et al, 2014; MACHADO, 2014; MARGOTTI, 2013; SIMÕES; TOMAZ, 2013).

Outra ação, diretamente relacionada a decisões institucionais e práticas hospitalares, que impacta no AME no período pós-parto, é a taxa de cesariana. Essa via de nascimento mostra-se como um dos principais fatores que levam ao uso precoce do suplemento do leite materno, sendo as possíveis explicações o retardo ou interrupção do contato entre mãe e filho, início tardio da amamentação, recuperação pós-parto mais lenta, a menor predisposição para amamentar devido ao desconforto físico da mãe, maior necessidade de descanso materno pelos efeitos anestésicos, dificuldade de mobilidade no leito e o atraso na descida do leite por fatores hormonais. Vale ressaltar que algumas dessas explicações estão restritas às cesarianas eletivas (DAMOTA et al, 2012; DECLERCQ et al, 2009; ESTEVES et al, 2014; MACHADO, 2014; MARGOTTI, 2013; MEIRELLES et al, 2008; SIMÕES; TOMAZ, 2013; SOUZA, 2012; TENDER et al, 2009).

Nessa perspectiva, os resultados das iniciativas de apoio à amamentação têm sido positivo no controle do uso de suplementos, o que demonstra que deve haver investimentos governamentais e institucionais na implementação desses programas e ações, bem como na capacitação dos profissionais de saúde que prestam assistência ao binômio mãe-filho durante o internamento na maternidade (MACHADO, 2014).

As ações planejadas pela equipe de saúde da instituição configuram-se como fatores de proteção contra o uso do suplemento, uma vez que promove o envolvimento da instituição com as boas práticas assistenciais para orientar e fortalecer a prática do AME no período de internação pós-parto. Nos Estados Unidos, um estudo constatou que os filhos de mães que não tiveram essa orientação e suporte foram cinco vezes mais propensos a receber suplementação durante o internamento, quando comparados aos filhos das mães que assistiram aula sobre amamentação durante o internamento (TENDER et al, 2009), ratificando a importância do envolvimento da instituição e da adequada qualificação da equipe que presta assistência ao binômio mãe-filho (ALMEIDA et al, 2010; SIMÕES; TOMAZ, 2013; SOUZA, 2012).

A capacitação da equipe que presta assistência na maternidade constitui eficaz estratégia de diminuição do uso do suplemento durante os primeiros dias de vida, pois, há uma maior conscientização dos fatores que interferem nesse uso, além dos riscos e prejuízos associados ao mesmo, promovendo maior atuação dos envolvidos no processo de amamentação (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013; COUTINHO et al, 2005).

Os profissionais devem conhecer, ainda, a evolução normal da amamentação para não interferirem de forma errônea no processo. Frente à insegurança da mãe diante do pouco fluxo inicial de leite, devem saber que a lactação inicia com volumes mínimos de colostro. Esse fato, associado ao choro do recém-nascido, levam frequentemente à instalação da crença de que o leite materno é insuficiente, sendo essa uma das principais razões alegadas pelas puérperas para oferta do suplemento. O conhecimento dessas particularidades é imprescindível para que os profissionais de saúde possam orientar e tranquilizar as lactantes, evitando o uso desnecessário do suplemento (MACHADO, 2014).

Corroborando o estudo apresentado, Tender et al (2009) perceberam que a capacitação da equipe médica e de enfermagem sobre as indicações médicas de suplementação, configura-se como estratégia importante para minimizar o uso desnecessário do suplemento durante o internamento do binômio nas instituições hospitalares.

Em outro estudo norte-americano, as primíparas destacaram o apoio dos profissionais, como prática importante, para auxílio no início e manutenção do aleitamento materno nos hospitais (DECLERCQ et al, 2009), no entanto, algumas lactantes perceberam incertezas de

alguns profissionais da enfermagem, quanto à adequação do leite materno às necessidades do seu neonato(DAMOTA et al, 2012).

A equipe de enfermagem recebe destaque por ser a equipe que permanece mais tempo no ambiente hospitalar e ser responsável pela maioria dos procedimentos em contato direto com o binômio, ficando responsável muitas vezes pela decisão do uso do suplemento do leite materno na ausência de critérios específicos para sua utilização (DULFE et al, 2015; ALMEIDA et al, 2010). No entanto, percebe-se que, as condições de trabalho dos enfermeiros, desgastantes física e emocionalmente, podem interferir na disposição necessária para uma assistência qualificada (CASATE; CORRÊA, 2005; NEVES et al, 2010).

Em algumas circunstâncias, a oferta de suplementação ocorre como justificativa para proteção à mãe do cansaço e da angústia, relacionado muitas vezes ao choro excessivo da criança. Nesses casos, a equipe de saúde deve estar capacitada, treinada e envolvida com o processo de amamentação para ajudá-la a prevenir e/ou superar as dificuldades relacionadas a esse momento (EVANS; MARINELLI; TAYLOR, 2014; MEIRELLES et al, 2008; OMS, 2009).

O Processo de Enfermagem tem sido uma estratégia metodológica adotada para qualificar o desempenho da prática profissional da enfermagem. Corroborando a importância do processo de enfermagem, Dulfe et al (2015) ressaltou a possibilidade de prestar assistência mais qualificada e individualizada pelo levantamento realizado na admissão do binômio mãe-filho através do histórico e evoluções.

A adoção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) facilita a organização planejada dos cuidados a serem prestados a partir das necessidades específicas de quem está recebendo a assistência de enfermagem, permite a documentação da prática profissional da categoria, além de propiciar a avaliação das intervenções de enfermagem que funcionam melhor para determinados problemas. Dessa forma, a utilização da SAE propicia uma maior qualidade da assistência prestada, bem como uma melhora no reconhecimento dos serviços prestados por essa categoria profissional(GARCIA; NÓBREGA, 2009).

2.3 Ações voltadas ao sucesso do aleitamento materno exclusivo e controle do uso do suplemento do leite materno no hospital

Diversas políticas públicas foram instituídas ao longo dos anos para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, buscando resgatar a prática da amamentação e a

melhora dos índices de amamentação exclusiva (COUTINHO et al, 2005; MACHADO, 2014; MARGOTTI, 2013; SOUZA, 2012; TENDER et al, 2009). Dentre elas, há algumas que influenciam diretamente os cuidados durante o internamento no pós-parto. Além da iniciativa HAC, há ainda a instituição do Alojamento Conjunto (AC) para os RN de baixo risco, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), a Lei 11.108 de abril de 2005, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RDBLH) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (COUTINHO et al, 2005; MACHADO, 2014; MARGOTTI, 2013; SOUZA, 2012; TENDER et al, 2009; BRASIL, 2015).

Desde a criação da iniciativa do HAC, há 27 anos, foram avaliados e credenciados mais de 20 mil hospitais em mais de 150 países por todo o mundo (BRASIL, 2008). No Brasil, há 335 hospitais reconhecidos como Amigo da Criança, sendo que 145 estão no Nordeste e 11 localizados no estado de Pernambuco. Esses hospitais são destaques no apoio ao aleitamento materno, apresentando melhores taxas de início e manutenção de amamentação exclusiva e menor proporção de uso de suplemento, sendo portanto incentivada a certificação de instituições pela iniciativa (CERÁVOLO et al, 2013; COUTINHO et al, 2005; DECLERCQ et al, 2009; TENDER et al, 2009).

Após três anos da criação da iniciativa do HAC, em 1993, considerando a forte associação entre a separação do binômio mãe-filho, a oferta do suplemento do leite materno e o aumento da morbimortalidade neonatal, foi normatizado o sistema de alojamento conjunto para todas as Unidades Médico-Assistenciais, através da Portaria MS/ GM15 nº 1016 de 1993 (COUTINHO et al, 2005; MACHADO, 2014).

O alojamento conjunto é um sistema de internação onde o RN de baixo risco permanece com sua mãe 24 horas por dia, logo após o nascimento. Esse contato permite a consolidação dos laços afetivos, a estimulação do AME, a prevenção de infecções e o recebimento de orientações e cuidados (DULFE et al, 2015; VENANCIO, 2003). O alojamento é um espaço repleto de relacionamentos interpessoais, de interação entre diversas equipes de saúde, entre as equipes e o binômio mãe-filho, entre esse e sua família, entre a equipe de saúde e a clientela. É nesse ambiente que a mãe vive um momento de cuidado mútuo em sua vida, onde ela cuida (de seu filho) e é cuidada (pela equipe) (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009).

Além disso, esse espaço possui caráter instrutivo, sendo os profissionais de saúde os responsáveis por promover uma educação qualificada e atualizada, cenário ideal para que a equipe de enfermagem desempenhe sua função, promovendo a capacitação prática das lactantes através da observação direta e individualizada para cada binômio mãe-filho (DULFE

et al, 2015). Esta ação não exige tecnologia avançada, nem mesmo procedimentos complexos, já que sua principal perspectiva é capacitar as mulheres a desempenharem o seu papel de mãe com segurança e tranquilidade. O desempenho desse trabalho, no entanto, exige do profissional competência comunicativa, acessibilidade, avaliação e acolhimento adequados (NÓBREGA; BEZERRA, 2010; SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010).

Nessa perspectiva, o dimensionamento da equipe de enfermagem é essencial para que uma boa assistência ao binômio mãe-filho seja realizada. Entende-se por dimensionamento do pessoal de enfermagem, o cálculo realizado para determinar a categoria e o número de profissionais de enfermagem necessários para garantir uma assistência segura e adequada aos usuários do serviço (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2010). Estes parâmetros são definidos pelo Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução nº293/04 (COFEN, 2004).

Considerando que tanto a qualificação quanto a quantificação insuficiente de profissionais de enfermagem, estão associadas ao aumento de complicações hospitalares (FUGULIN et al, 2012), o que torna o dimensionamento imperativo para assistência qualificada à criança em alojamento conjunto.

Outro aspecto que gera falta de compromisso com a assistência por parte dos profissionais envolvidos é a inadequação de recursos materiais e humanos (FARIA; MAGALHÃES; ZERBETTO, 2010). Por esse motivo, a portaria nº 1016 de agosto de 1993 recomenda que a proporção mínima dos profissionais de enfermagem no alojamento conjunto deva ser de um enfermeiro para 30 binômios e um auxiliar de enfermagem para oito binômios. A portaria enfatiza ainda que a equipe de enfermagem deve orientar e incentivar a mãe a não ofertar suplementos do leite materno nem usar bicos artificiais; deve estimular o contato precoce entre mãe e filho; realizar visita diária às puérperas, prestando esclarecimentos, apoio e orientações para a mãe (MS, 1993).

A existência de um serviço específico para manejo do aleitamento materno na instituição, também foi considerada de grande importância para o sucesso do AME. Em 1998, o Ministério da Saúde (MS), por meio do centro de referência nacional da Fundação Oswaldo Cruz, criou a RBLH, iniciativa que recebeu reconhecimento internacional pela contribuição expressiva para promoção do aleitamento materno e redução da mortalidade infantil (BARBOSA; SANTOS; SILVA, 2013; MAIA et al, 2006). Há ainda o Banco de Leite Humano (BLH), que é um serviço especializado, responsável pela promoção e apoio ao aleitamento materno, executando tarefas de coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição da produção láctea das puérperas (ANVISA, 2006).

Além do apoio institucional e profissional, percebe-se a importância da presença de um acompanhante para apoiar a mulher nesse período e contribuir para a manutenção do AME (FRUTUOSO; BRÜGGMANN, 2013). Dessa forma, desde 2005 foi instituída a Lei 11.108 que obriga os serviços de saúde a permitir a presença de uma pessoa, de escolha da mulher, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, considerando que a presença do acompanhante está relacionada a melhores condições de nascimento, redução dos índices de depressão pós-parto e garante apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2005).

Considerando o dever de assegurar à criança o direito à vida, à saúde e à alimentação foi instituída a PNAISC, pela portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que tem por objetivo,

[...] promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, por meio de assistência integral e integrada da gestação aos nove anos de idade, pretendendo a redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas e desenvolvimento íntegro. (BRASIL, 2015).

Ela é formada por um conjunto de ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida. Um dos seus eixos é o aleitamento materno e alimentação complementar saudável, utilizando estratégias como o HAC, Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS, a implantação da NBCAL e a mobilização social em AM (BRASIL, 2015).

Há ainda uma referência para as recomendações de saúde, o *Healthy People*, existente desde 1979, que é um programa de promoção nacional de saúde e metas de prevenção de doenças estabelecidas pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. O grupo de ação é composto por representantes das principais agências americanas, que identificam as prioridades para saúde da população e estabelecem objetivos de saúde baseados em evidências, e estipulam metas ambiciosas, mas realizáveis, a cada dez anos. As metas são claras, permitindo o acompanhamento do progresso, motivam as ações e orientam esforços para a melhoria da saúde nacional (HEALTHY PEOPLE, 2017).

Embora as ações do grupo estejam voltadas para os Estados Unidos, muitas nações se baseiam nas orientações do grupo, visando melhorar qualidade de saúde. Dentro do contexto materno-infantil a meta de 2010 era chegar a 25% de suplementação precoce (HEALTHY PEOPLE, 2017).

Vale ressaltar que essas ações, prioritariamente, abrangem os usuários do sistema público de saúde, e as mulheres que são assistidas na rede privada nem sempre desfrutam de estratégias voltadas para resolução de problemas relacionadas à lactação (SOUZA, 2012), o

que exige maior interesse/empenho da gestão hospitalar para garantir meios de evitar suplementação desnecessária.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, descritivo, transversal e prospectivo (POLIT; BECK, 2011), no qual foram comparados recém-nascidos que fizeram uso do suplemento durante o internamento no alojamento conjunto, em relação aos recém-nascidos que não fizeram uso de suplementos até o momento da alta hospitalar, pretendendo traçar um perfil de fatores associados ao uso do suplemento em cada instituição estudada.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais da cidade do Recife, um público com a certificação de HAC e outro privado, não certificado.

O hospital público oferece serviços assistenciais de média e alta complexidade à comunidade em diversas áreas. Funciona como referência para o atendimento durante todo o ciclo gravídico-puerperal, dispõe de BLH e unidade neonatal. Sendo um hospital universitário, recebe estudantes de graduação e pós-graduação das diversas profissões da área de saúde.

Esse centro obstétrico pode receber mulheres por livre demanda ou através da central de regulação de leitos da Secretaria Estadual de Saúde. A população atendida geralmente pertence a classes socioeconômicas mais baixas e possui critérios de risco gestacionais. Embora sejam gestantes consideradas de alto risco, o parto e o pós-parto podem não ser de risco.

Já o hospital privado presta assistência médico-hospitalar à comunidade pernambucana há mais de 10 anos, faz parte da rede credenciada de planos de saúde, regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Recebeu em 2016 o certificado de acreditação máxima¹ conferido por instituições acreditadoras de serviços de saúde. Os dados publicados pela ANS expõem o desempenho dos estabelecimentos seguindo três indicadores: acreditação, índice de readmissão hospitalar e segurança do paciente. Possui acomodação do binômio mãe-

¹ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3245-ans-divulga-lista-de-hospitais-que-atendem-criterios-de-qualidade>>. Acessado em: nov. 2017.

filho em alojamento conjunto. No serviço não há BLH, mas tem uma sala para ordenha, dispõe ainda de UTI neonatal.

A população atendida no serviço é vinculada a operadoras de saúde, de forma particular ou por empresa, e na maioria das vezes possui um status econômico maior que a média da população local, com melhores condições de vida e nível instrucional elevado.

3.3 Amostragem

O estudo foi realizado com dados de recém-nascidos de baixo risco e de suas respectivas puérperas, que nasceram nos dois hospitais, entre os meses de maio e julho de 2016.

Foi composta por RNs que preenchessem os critérios de inclusão, durante o período do estudo (maio a julho de 2016). Como se tratava de um estudo exploratório, não se conhecendo o uso do suplemento em hospitais desta região, realizou-se o cálculo amostral a posteriori para uma frequência de 43% (frequência obtida do uso do suplemento do leite materno em geral, nos dois hospitais), considerando erro amostral de mais ou menos 5,5% e significância de 95%, dessa forma seria necessária uma amostra de 311 RN.

De outro modo, considerando o estudo seccional, para observar fatores associados, com nível de confiança (1-) de 95% e poder do estudo (1-) de 80% e razão de exposto e não exposto 1:1, seria necessário de 100:100 para o conjunto da amostra.

Obtiveram-se dados de 151 prontuários no hospital público e 173 no hospital privado.

Quando realizada análise bivariada das variáveis associadas ao uso do suplemento, foi possível alcançar significância estatística.

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos os recém-nascidos com idade gestacional ao nascer maior que 37 semanas e menor que 42 semanas, sem complicações, e que foram liberados para o AC depois dos cuidados imediatos, após o nascimento.

3.5 Critérios de exclusão

Recém-nascidos, filhos de mãe soropositiva para HIV ou HTLV, e com a presença de qualquer doença (da puérpera ou do Recém-nascido) que proscreviam a amamentação.

3.6 Definição das variáveis

Para a caracterização da amostra, bem como identificação dos fatores associados ao uso do suplemento do leite materno em recém-nascidos de baixo risco durante a permanência no alojamento conjunto, foram utilizadas as variáveis a seguir.

3.6.1 Variável dependente

Uso do suplemento: quando o RN que se encontrava no AC fez uso de qualquer fórmula infantil, como substituto do leite materno. Visto que não há um consenso sobre o termo suplemento do leite materno na literatura, neste estudo foi considerado suplemento qualquer líquido ofertado ao RN durante o internamento pós-parto, uma vez que é a interferência na mamada que se associa ao maior risco de desmame precoce. No entanto, vale salientar que nos hospitais estudados, o único tipo de suplemento utilizado nos RN estudados foi a fórmula infantil.

3.6.2 Variáveis independentes

a) Maternas

Idade: Utilizado o limite cronológico da Organização das Nações Unidas (ONU) para categorização, no qual são denominadas jovens as pessoas que tem entre 15 e 24 anos, foram consideradas jovens as mulheres abaixo de 25 anos.

Escolaridade: Nível instrucional registrado pelo profissional de saúde, sendo considerado Ensino Fundamental as mulheres não alfabetizadas e as de níveis Fundamental I ou Fundamental II. Consideradas de nível Superior, as que possuíam Ensino Superior completo ou incompleto e as demais como Nível Médio, segundo as opções da declaração de nascido vivo (DNV).

Coabitação paterna: Categorização feita com base no estado civil da mulher, sendo marcada coabitação paterna afirmativa toda puérpera que tivesse como estado civil casada ou união estável, conforme os dados da DNV.

Primiparidade: Determinada pelo número de partos anteriores. Foram consideradas primíparas as mulheres que tinham a informação de zero partos anteriores.

Tipo de parto: Forma como o RN foi recepcionado, sendo parto vaginal a recepção do feto por via transpelviana, seja de forma natural ou cirúrgica (pelo uso de fórceps), e cesariana a recepção do feto por via abdominal, através de procedimento cirúrgico. Houve uma

subcategorização da cesariana em: cesariana durante o trabalho de parto (TP), quando a gestante entrou em TP independentemente do tempo de duração, e cesariana eletiva, quando a cirurgia ocorreu antes do trabalho de parto iniciar. A cesariana eletiva é aquela que ocorre antes do início do trabalho de parto, por indicação baseada nas recomendações do MS, em evidências científicas, por escolha da gestante ou do médico que está acompanhando o pré-natal (BRASIL, 2012).

b) Assistenciais

Assistência pré-natal: Número de consultas de acompanhamento da gestação por profissional de saúde. Foi categorizada em dois grupos conforme a determinação de adequabilidade (mínimo de seis consultas) da assistência pré-natal pelo Ministério da Saúde.

Prescrição prévia ao AC: Prescrição por escrito do suplemento do leite materno que foi ofertado via oral para o RN antes da acomodação no alojamento conjunto, verificado no prontuário do RN.

Uso prévio: Uso do suplemento pelo RN de baixo risco que estava liberado para o AC antes do encaminhamento para o AC. Informação coletada no prontuário do RN.

c) Neonatais

Idade gestacional (IG): Cálculo realizado pelo profissional que presta os primeiros cuidados ao RN para estimar a idade do mesmo. Esse dado é colhido na DNV, considerando a cesariana eletiva, e as recomendações que orientam a sua realização a partir da 39ª semana para garantia dos melhores resultados perinatais (BRASIL, 2012). Essa variável foi categorizada em duas opções: $\times 37$ e < 39 semanas; $\times 39$ e < 42 semanas. Reduz-se o risco de admissão na UTI neonatal, de síndrome da angústia respiratória do recém-nascido ou de ocorrência da taquipneia transitória do RN nas cesáreas eletivas acima de 39 semanas (SOUZA,2012).

Sexo: Determinação do sexo ao nascer pelo profissional, autoexplicativo.

3.6.3 Variáveis de caracterização de uso do suplemento do leite materno

a) Uso do suplemento no hospital: Recebimento de fórmula em substituição ao leite materno durante o internamento no hospital, em qualquer dependência do estabelecimento, do nascimento até a alta hospitalar, podendo ser nocentro obstétrico, no berçário, na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) ou no AC. Essa frequência engloba o uso do suplemento em recém-nascidos, que foram mantidos na UCI, por dificuldade de transferência para o AC, devido à falta de vaga neste setor. Esse fato ocorreu apenas no hospital público. Essa variável foi coletada na prescrição do RN, em caso de dúvida, foi consultado também o

registro da enfermagem e a ficha do lactário, no hospital público. No hospital privado, em caso de dúvida, foi consultada a ficha de balanço hidroeletrólítico.

b) Uso do suplemento no alojamento conjunto: Uso do suplemento durante a permanência no AC, em algum momento do internamento. Esse dado foi obtido através da hora do registro médico e de enfermagem sobre a informação de liberação e transferência para o AC. Somente os RN que receberam suplemento após a admissão no AC foram selecionados para análise.

c) Uso Prévio: Recebimento do suplemento antes do RN chegar ao AC. Informação obtida através da consulta à prescrição e/ou ficha de evolução médica e de enfermagem, quando era verificado o local do serviço onde o RN encontrava-se quando o suplemento foi checado a primeira vez. No hospital público, alguns recém-nascidos que atendiam aos critérios de elegibilidade para o estudo, foram encaminhados à UCI por falta de vaga no AC, já no Hospital Privado, existia uma rotina de encaminhar os recém-nascidos para o berçário após o nascimento, geralmente por 2 horas, até o transporte para o AC, sendo esses, os locais onde o RN poderia receber suplemento antes de chegar ao AC.

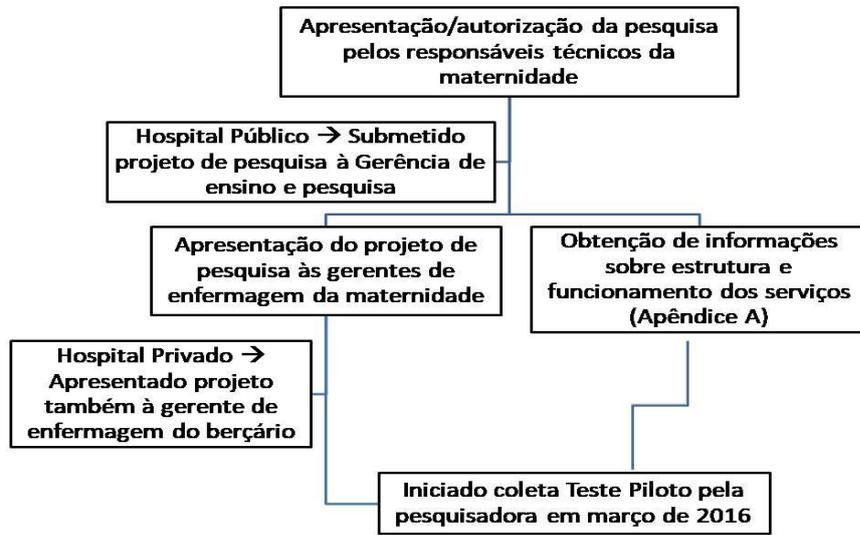
3.7 Operacionalização da pesquisa

3.7.1 Estudo Piloto

O estudo piloto teve a finalidade de identificar a aplicabilidade/reprodutibilidade do instrumento, bem como o fluxo de obtenção dos dados e o melhor horário para coleta dos dados que era diariamente após a alta hospitalar, no início da tarde em ambos os serviços.

Considerando as particularidades da coleta: realização diária, localização dos serviços, horários predefinidos para coleta, foram selecionados, de forma voluntária, 15 estudantes, sendo 07 de medicina e 08 de enfermagem para auxiliar na coleta dos dados. Uma dupla de estudantes fazia a coleta no hospital público em cada dia da semana e outro estudante ficou na supervisão dos demais. A coleta no hospital privado foi realizada exclusivamente pela pesquisadora. Essa sequência de procedimentos, seguiu o fluxograma apresentado na figura 1.

Figura 1 Fluxograma do estudo piloto nos prontuários dos binômios mãe-filho em alojamento conjunto nos dois hospitais de estudo.



Fonte: A autora, 2016.

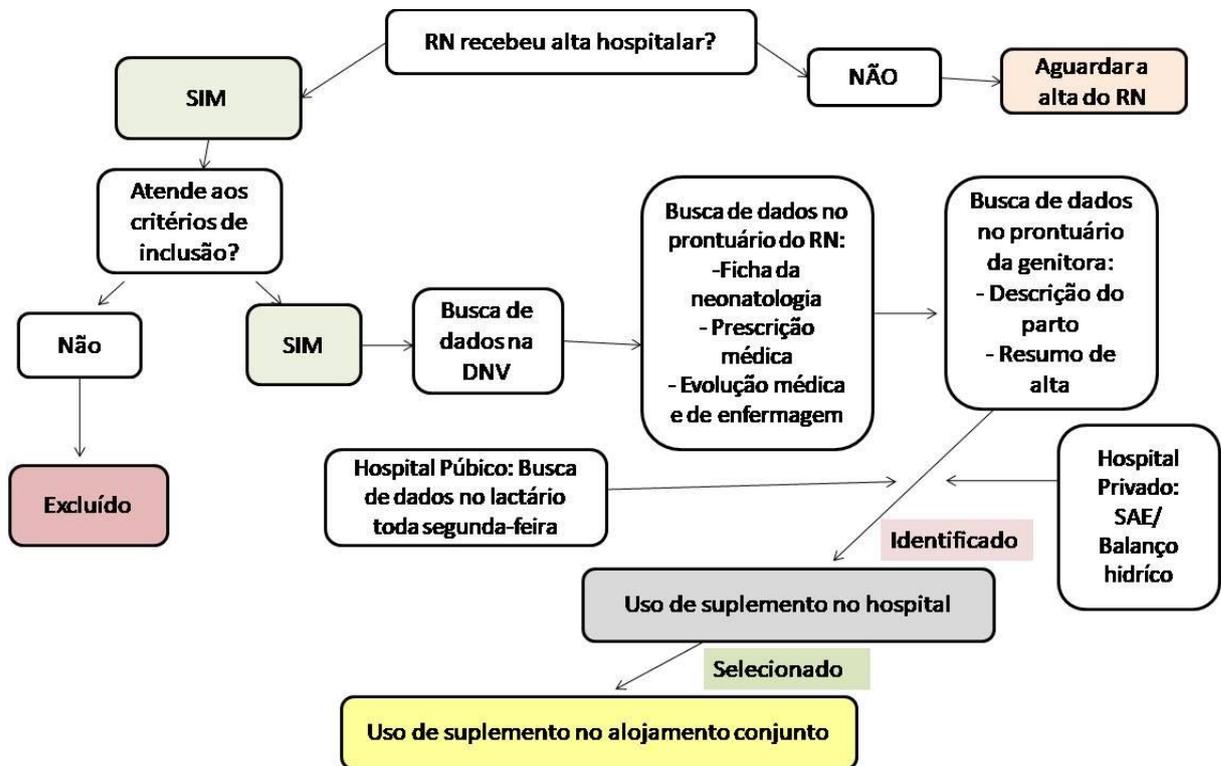
No mês de abril, a pesquisadora realizou treinamento sobre a padronização da coleta de dados em campo. Esse treinamento, que teve duração de duas semanas e possibilitou aos estudantes esclarecimentos a respeito da coleta de dados em campo, inclusive, conferindo a qualidade dos dados coletados. Nas duas semanas seguintes, a pesquisadora conferia os dados coletados pelos alunos.

3.7.2 Coleta de Dados

Os dados foram colhidos de forma prospectiva, coletado diariamente, de forma presencial no AC, enquanto os prontuários ainda estavam no setor e eventuais informações duvidosas podiam ser checadas em tempo real. Após os ajustes necessários no instrumento e nos procedimentos para a coleta de dados, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita, que ocorreu entre os meses maio e julho de 2016, através de questionário (Apêndice B). Obtendo-se equivalência do tamanho amostral.

A operacionalização da coleta dos dados foi realizada conforme fluxograma descrito abaixo (Figura 2).

Figura 2 Fluxograma da coleta de dados nos prontuários dos binômios mãe-filho em alojamento conjunto de maio a julho de 2016.



Fonte: Autora, 2016.

No Hospital Público, alguns recém-nascidos que preenchiam os critérios de inclusão da pesquisa foram encaminhados à UCI por falta de vaga no AC, portanto, os dados foram coletados, somente se tivesse a seguinte informação no prontuário, ã UCI por falta de vaga no AC.

Esse fluxograma (figura 2) foi seguido diariamente para identificação dos binômios a serem estudados. O passo a passo era exatamente igual nos dois serviços, exceto no momento de identificação do uso do suplemento no hospital, onde no hospital público a confirmação era feita na õficha de liberação do lactárioõ, e no privado todos os dados foram obtidos através dos registros nos prontuários, visto que os mesmos continham todas as informações. No entanto, além dos impressos comuns nos dois serviços, era consultada a ficha da SAE/balanco hídrico existente apenas no hospital privado.

3.7.3 Análise dos Dados

Os dados foram inseridos numa planilha do programa *Microsoft Excel*, através de digitação dupla, a qual foi exportada para o *software SPSS*, versão 20. Nele foi feita a análise dos dados. Vale salientar que sempre que possível, as variáveis eram armazenadas em sua forma quantitativa bruta, para posterior categorização.

Para avaliar o perfil pessoal das mães, as características dos RN e a assistência no alojamento conjunto, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequências, em cada hospital. Ainda foram calculadas as frequências de uso do suplemento segundo o perfil das mães e dos RN.

A comparação da frequência entre as diferentes características maternas, dos recém-nascidos e da assistência à gestação e ao parto foi realizada através da análise bivariada. A relação entre as variáveis e o uso do suplemento foi obtida através do cruzamento das mesmas e aplicação do teste de independência X^2 (Qui-quadrado).

Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas. Todas as análises consideraram um valor $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

3.7.4 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado (Anexo A) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco ó CEP/CCS/UFPE sob o CAAEnº52276415.1.0000.5208 e parecer nº 1.401.766.

Antes da submissão ao CEP foram obtidas as Cartas de Anuência e Autorização para Uso de Dados nos dois serviços.

3.7.5 Problemas Metodológicos e Limitações do Estudo

Esse estudo apresenta algumas limitações e problemas metodológicos, que procurou-se minimizar. Por ter sido realizado com amostragem de conveniência, não representa o perfil de outros hospitais do estado de Pernambuco, por isso os achados não podem ser extrapolados com confiança estatística. De outra forma, é possível que instituições semelhantes no mesmo estado estejam sujeitos a fatores análogos para o uso de suplemento.

O tamanho amostral foi suficiente para obter o perfil de cada hospital estudado. No entanto, os dados podem não refletir outras realidades, uma vez que a amostra foi reduzida para avaliar alguns fatores, como escolaridade, coabitação paterna e tipo de parto, o que provavelmente influenciou na significância estatística.

Pela complexidade do assunto, com influência de muitas variáveis, a pesquisa não pôde avaliar todas as possíveis justificativas para o uso do suplemento em recém-nascidos de baixo risco durante a internação no AC. No entanto, o objetivo não se propunha a explicitar todas as razões que expliquem o problema.

A falta de informação sobre o recebimento de orientações sobre amamentação e/ou riscos do uso precoce de suplementos durante o acompanhamento pré-natal não permitiu uma análise adequada com a variável pré-natal.

A utilização de dados de prontuários limita a segurança dos mesmos, especialmente pela possibilidade de falhas no registro das informações. Para minimizar essa limitação os dados foram consultados em mais de um documento, em caso de divergência de informações da caracterização, eram utilizadas as informações da DNV, em se tratando de discordâncias sobre o uso do suplemento, era mantido o dado do lactário no hospital público e o dado da ficha de controle hidroeletrolítico do RN no hospital privado.

A coletados dados de prontuários de RN encaminhado para UCI, com critério de elegibilidade para a pesquisa se houvesse essa informação registrada, possibilitou a subestimação da amostra no hospital público, considerando que os profissionais poderiam não ter registrado que o encaminhamento para a UCI era por falta de vaga no AC, como real motivo.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos hospitais e suas equipes de saúde

A tabela 1 apresenta as características dos hospitais e suas equipes de saúde.

Tabela 1 ó Características dos hospitais e suas equipes de saúde na Cidade do Recife/PE 2016

	Hospital Público	Hospital Privado
Certificação como Hospital Amigo da Criança	Sim	Não
Banco de Leite Humano	Sim	Não
Permanência do binômio em alojamento conjunto	Sim	Sim
Número de leitos de alojamento conjunto	30	38
Número de enfermeiros (as) no alojamento conjunto		
Diarista da manhã	02	01*
Diarista da tarde	02	01*
Plantão Noturno	01	01*
Número de técnicos de enfermagem no alojamento conjunto		
Plantão Diurno	04 ó 05	04 ó 05
Plantão Noturno	04 ó 05	04 ó 05
Técnica específica para os cuidados com o Recém-nascido	Não	Sim
Permissão de acompanhante para o binômio	Sim	Sim
Impresso de Sistematização da Assistência de Enfermagem (Diagnósticos e Intervenções) para o Recém-nascido	Não	Sim
Berçário	Não	Sim
Utilização de bicos artificiais para alimentação do Recém-nascido	Não	Não
Percentual de prescrição do suplemento para RN estudados	43%	80,3%

* Esse profissional é responsável pelos cuidados às mulheres, a enfermeira do berçário é quem responde pelos cuidados ao RN

Fonte: Autora, 2016.

4.2 Caracterização dos recém-nascidos e das puérperas

Participaram do estudo 324 recém-nascidos de baixo risco, sendo 151 atendidos no hospital público e 173 no hospital privado. Na Tabela 2, observa-se os dados das puérperas.

Em relação aos RNs do hospital público, a mediana do peso ao nascer foi de 3300g, sendo que o peso entre 2500 e 3999g respondeu por mais de 89%, o sexo predominante foi o masculino (53%), 57% dos RNs tinham 39 semanas ou mais de idade gestacional, sendo a mediana igual a 39 semanas, eles tiveram o Apgar 10 predominante (67,5%).

Tabela 2 ó Características das puérperas do hospital público e privado na Cidade do Recife/PE entre maio e julho de 2016. Recife, 2016.

	Hospital Público		Hospital Privado	
	N	%	N	%
Idade				
< 25 anos	73	48,3	22	12,7
× 25 anos	76	50,3	151	87,3
Não informado	2	1,3	0	0
Mediana de Idade	25		31	
Escolaridade				
Nível Fundamental	61	40,4	6	3,5
Nível Médio	81	53,6	43	24,9
Nível Superior	7	4,6	115	66,5
Não informado	2	1,3	9	5,2
Primiparidade				
Sim	65	43,0	101	58,4
Não	85	56,3	72	41,6
Não informado	1	0,7	0	0
Tipo de parto				
Parto vaginal	85	56,3	11	6,4
Cesariana durante TP	17	11,3	11	6,4
Cesariana eletiva	49	32,5	151	87,2
Coabitação paterna				
Sim	89	58,9	144	83,2
Não	54	35,8	24	13,9
Não informado	8	5,3	5	2,9

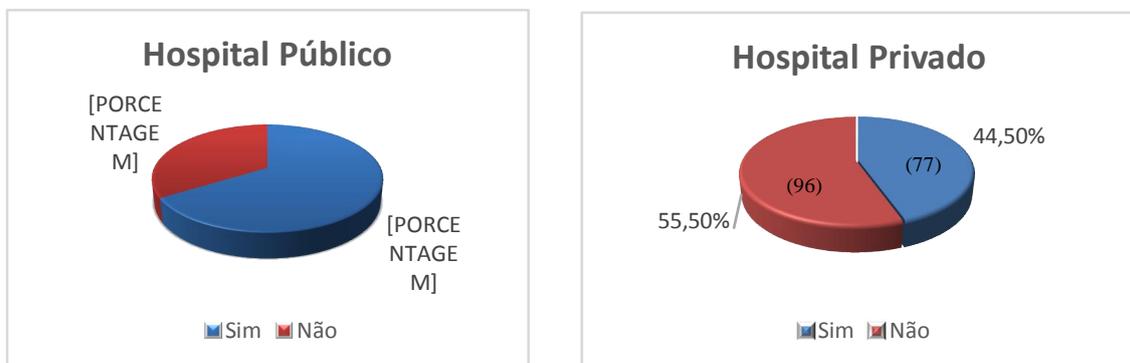
Fonte: Autora, 2016.

No hospital privado, 95,4% dos RN apresentaram peso ao nascer entre 2500 e 3999g, com mediana de 3250g, o sexo masculino foi predominante (52,6%), a IG mais frequente foi <39 semanas, sendo a mediana 38,4, e 75,2% dos RN apresentaram Apgar igual a 10.

4.3 Caracterização do uso do suplemento por recém-nascidos de baixo risco durante o internamento nos hospitais em estudo

O Gráfico 1 apresenta a utilização de qualquer suplemento do leite materno em cada hospital entre os meses de maio e julho de 2016.

Gráfico 1 ó Uso do suplemento durante o internamento no hospital



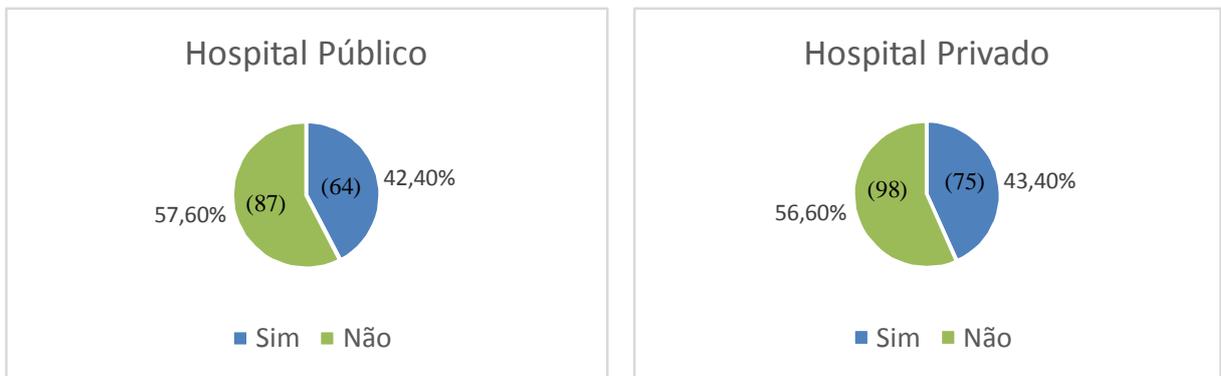
Fonte: A autora, 2016.

Dos recém-nascidos que receberam suplemento do leite materno no hospital público, 40% foram ofertados na UCI, o que corresponde a 26,5% da suplementação observada no estudo.

No hospital privado, dos RN que fizeram uso do suplemento aproximadamente 27% ocorreram no berçário, correspondendo a 12,1% da suplementação no serviço.

Os suplementos checados na UCI (hospital público) e no berçário (hospital privado) ocorreram antes do encaminhamento do RN ao AC. Em ambos os hospitais não houve checagem de oferta do suplemento no centro obstétrico. Levando esse fato em consideração, observou-se uma queda de 23,8% da taxa de suplementação no hospital público e de 1,1% no privado.

Gráfico 2 Usado suplemento no Alojamento Conjunto



Fonte: A autora, 2016.

É possível afirmar que a frequência do uso do suplemento na UCI do hospital público está relacionada a problemas estruturais (como a falta de vaga no AC), ainda assim, não fica muito distante do uso no hospital privado, conforme gráfico 2, o qual foi selecionado para realizar as análises e discussões, para observar a ocorrência desse uso relacionado a fatores exclusivamente do binômio e/ou assistência recebida.

4.4 Distribuição do uso do suplemento por recém-nascidos de baixo risco durante o internamento no alojamento conjunto segundo as características maternas, assistenciais e neonatais

Na tabela 3 está representada a análise bivariada dos fatores associados ao uso do suplemento por recém-nascidos de baixo risco no alojamento conjunto do hospital público.

Tabela 3 Análise bivariada dos fatores associados ao uso do suplemento do leite materno em 151 recém-nascidos de baixo risco no alojamento conjunto de um hospital público na Cidade do Recife/PE. Maio a jul. 2016.

	Total	Uso do suplemento		OR	IC95% OR	P
		N	%	n	n %	
CARACTERÍSTICAS DAS PUÉRPERAS						
Idade em anos (n=149)*						
< 25	73	35	47,9	1,57	0,8 - 3,03	0,17
× 25	76	28	36,8			
Escolaridade (n=149)*						
Fundamental	61	25	41	1,0	0,22 a 5,25	0,96
Médio	81	35	43,2			
Superior	7	3	42,9			
Coabitação paterna (n=143)*						
Sim	89	35	39,3	0,75	0,4 a 1,5	0,41
Não	54	25	46,3			
Primiparidade (n=150)*						
Sim	65	34	52,3	2,0	1 a 3,8	0,04
Não	85	30	35,3			
ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO						
Pré-natal (n=150)*						
<6	31	14	45,2	1,17	0,5 a 2,6	0,69
×6	119	49	41,2			
Tipo de parto						
Parto Vaginal	85	38	44,7	1,07	0,5 a 2,1	0,51
Cesárea durante o trabalho de parto	17	5	29,4			
Cesárea eletiva	49	21	42,9			
Anestesia						
Sim						
Não						
Prescrição prévia ao alojamento conjunto						
Sim	16	10	62,5	2,5	0,86 a 7,2	0,09
Não	135	54	40			
Uso prévio						
Sim	40	20	50	1,5	0,74 a 3,1	0,25
Não	111	44	39,6			
CARACTERÍSTICAS DO RN						
Idade gestacional						
<39	65	30	46,2	1,3	0,68 a 2,5	0,41
×39	86	34	39,5			
Sexo						
Feminino	71	31	43,7	1,1	0,58 a 2,1	0,76
Masculino	80	33	41,3			
Peso ao nascer						
<3.000	38	18	47,4	1,31	0,62 a 2,74	0,47
× 3.000	113	46	40,7			

* Dados incompletos, por falta de registro nos impressos do prontuário.

Fonte: A autora, 2016.

Foram analisados 151 RN, dos quais observou-se suas características como idade gestacional, sexo e peso ao nascer. Do total desses RN com prescrição do suplemento no

hospital público 21,9% apresentavam a indicação da suplementação descrita e as justificativas foram: 7,2% por dificuldade na pega, 21,4% por ausência de colostro, 21,4% por não ter chegado o resultado do teste rápido para HIV realizado no serviço e 50% por mãe genitora ausente.

A análise bivariada do hospital privado está descrita na tabela 4, a qual descreve que 5,2% dos prontuários com prescrição do suplemento possuíam a descrição da indicação, destacando-se a ausência de colostro correspondendo a 66,7% das justificativas, 11,1% para hipoglicemia e 11,1% a pedido da genitora.

Tabela 4 é Análise bivariada dos fatores de risco associados ao uso do suplemento do leite materno em 173 recém-nascidos de baixo risco no alojamento conjunto de um hospital privado na Cidade do Recife. Maio é jul.2016.

	Total	Uso do suplemento		OR	IC95% OR	p
		N	%			
	173	75	43,4	N	n %	
CARACTERÍSTICAS DAS PUÉRPERAS						
Idade em anos						
< 25	22	11	50,0	1,3	0,5 é 3,3	0,5
× 25	151	64	42,4			
Escolaridade (n=160)*						
Fundamental	2	1	50,0	2,0	0,08 é 23,7	0,97
Mélio	43	18	41,9			
Superior	115	48	41,7			
Coabitação paterna (n=168)*						
Sim	144	61	42,4	1,1	0,48 é 2,74	0,75
Não	24	11	45,8			
Primiparidade						
Sim	101	54	53,5	2,8	1,4 é 5,3	0,002
Não	72	21	29,2			
ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO						
Pré-natal (n=168)*						
<6	15	4	26,7	2,3	0,7 é 7,6	0,16
×6	153	70	45,8			
Tipo de parto						
Parto Vaginal	11	3	27,3	2,2	0,5 é 8,5	0,47
Cesárea durante o trabalho de parto	11	4	36,4			
Cesárea eletiva	151	68	45,0			
Anestesia						
Sim	166	74	44,6	4,8	0,6 é 41	0,14
Não	7	1	14,3			
Prescrição prévia ao alojamento conjunto						
Sim	14	7	50,0	1,34	0,4 é 4,0	0,6
Não	159	68	42,8			
Uso prévio						
Sim	21	19	90,5	16,28	3,65 é 72,53	0,000
Não	152	56	36,8			
CARACTERÍSTICAS DO RN						
Idade gestacional						
<39	91	44	48,4	1,54	0,84 é 2,82	0,16
×39	82	31	37,8			
Sexo						
Feminino	82	37	45,1	1,14	0,62 é 2,09	0,65
Masculino	91	38	41,8			
Peso ao nascer						
<3.000	46	24	52,2	1,62	0,82 é 3,2	0,16
× 3.000	127	51	40,2			

* Dados incompletos, por falta de registro nos impressos do prontuário.

Fonte: A autora, 2016.

5 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicaram que, em ambos os serviços, os índices de suplementação do leite materno foram elevados, encontrando-se cerca de 2 a 3 vezes acima das metas aceitáveis para esta prática. Foram identificados fatores institucionais, assistenciais e maternos associados ao maior uso de suplementos, sinalizando pontos importantes na elaboração de estratégias de intervenção, dentro dos contextos estudados.

Dentro das estratégias de incentivo, promoção e apoio ao AME, na iniciativa do HAC destaca-se a redução dos índices de suplementação desnecessária dentro das maternidades (CERÁVOLO et al, 2013; COUTINHO et al, 2005; DECLERCQ et al, 2009; TENDER et al, 2009). Esses primeiros dias pós-parto constituem um período delicado, envolvem sentimentos e particularidades, que tornam a puérpera mais vulnerável, e a falta de autoconfiança da puérpera, associada a uma demanda aumentada do RN, geram mais motivos para suplementação (BRITO et al, 2014).

Uma das recomendações do *Healthy People* foi a redução da suplementação nos primeiros dois dias de vida, tempo que os mesmos ainda se encontram na maternidade, sendo a meta atingir o percentual máximo de 14,2% em 2020 (HEALTHY PEOPLE, 2014). Em ambos os serviços estudados a frequência do uso do suplemento esteve acima da meta estabelecida pela *Healthy People* para 2010 (máximo de 25% de suplementação) e bem distante da meta para 2020 (EVANS; MARINELLI; TAYLOR, 2014; SHEALY et al, 2005).

A alta taxa de suplementação não é uma realidade apenas dos serviços aqui estudados. Na avaliação de sete hospitais certificados como Amigo da Criança, em Nova York, três apresentavam elevada suplementação (>14,2%) (NGUYEN et al, 2017). No Brasil, os estudos destacam frequências variadas em diferentes regiões. Em estudo realizado no Distrito Federal, foi observada uma frequência de 73,53% de uso em hospital público. Já no Rio de Janeiro em 2008, identificou-se frequência de 33,3% (MEIRELLESet al, 2008; FRAGOSO; FORTES, 2011; GRASSLEYet al, 2014; FORSTERet al, 2015).

De outra forma, estudos nacionais já evidenciaram serviços com taxas aceitáveis desta prática, como taxas de 13,4% de uso de suplementos em recém-nascidos a termo sem complicações internados em maternidade de alta complexidade em Vitória (LOPES et al, 2013), e menor que 5% em Belo Horizonte (CERÁVOLO et al, 2013) e ainda uma razão de 6,9% em RN de baixo peso e de 8,4% nos neonatos com menos de 1500g em estudo realizado em Manaus (LEITE et al, 2016). Esses dados ratificam a possibilidade de minimizar os fatores envolvidos na suplementação durante a internação pós-parto, existe a possibilidade de

atingir níveis aceitáveis de suplementação em recém-nascidos de baixo risco, não se configurando uma meta impossível de ser alcançada.

A proporção de suplementação, praticamente igual, nos dois serviços pode ser vista como um achado divergente de outros estudos ressaltam que as taxas de suplementação tenderiam a ser menores nos hospitais certificados como HAC (SAMPAIO et al, 2011; PERRINE et al, 2012; LOPES et al, 2013). Estudo que comparou o cumprimento de alguns dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno entre hospitais certificados e aqueles não certificados em Salvador/BA, verificou que há diferença estatisticamente significativa da frequência de suplementação entre essas instituições. No estudo, foi encontrada uma razão de suplementação de 31% nos hospitais credenciados e 81% naqueles não certificados (ORTIZ et al, 2011).

Poderia se esperar que o hospital público, HAC, seguisse de forma mais rigorosa os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, segundo a iniciativa. No entanto, observa-se que houve uma elevada frequência de não cumprimento do Passo 6, o qual orienta que não deve ser oferecido a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno. Destaca-se a efetividade da iniciativa HAC como estratégia de saúde pública para minimizar os índices de suplementação, como verificado em estudo realizado no Rio Grande do Norte (PINHEIRO et al, 2016), em Salvador/Bahia (ORTIZ et al, 2011), em estudo retrospectivo no Rio de Janeiro (PÉREZ-ESCAMILLA, 2017), na Austrália (BRITO et al, 2014), nos Estados Unidos (PERRINE et al, 2012), Índia (MAJRA; SILAN, 2016), entre outros.

Entretanto, outros estudos, nacionais e internacionais, também verificaram que alguns hospitais certificados como HAC não conseguem cumprir todos os passos, ressaltando a necessidade de ações de controle e avaliação das melhorias implantadas, buscando a correção de problemas detectados e a sustentação dos itens que estiverem adequados (ARAÚJO, OTTO, SCHMITZ, 2003; SHEALY et al, 2005; SAMPAIO et al, 2011; NGUYEN et al, 2017).

O fato de o Hospital Público ser um serviço de referência para partos de maior complexidade poderia ser uma das justificativas para a elevada frequência de prescrição de suplementos. Estudo em Nova York comparou as taxas de suplementação de diferentes hospitais por nível de complexidade perinatal e observou que os hospitais com maiores graus de complexidade suplementam mais os RN, mesmo aqueles de baixo risco que não são encaminhados para a unidade neonatal. O que levou os autores a presumirem que, pela cultura hospitalar, a alimentação com fórmula é mais aceitável pelos profissionais que prestam assistência ao RN (NGUYEN et al, 2017). Os profissionais que atuam em hospitais de maior

complexidade têm o hábito de medicalizar mais, sendo mais propensos à prescrição do suplemento.

Quanto ao hospital privado, que embora não seja certificado pela iniciativa seguia alguns passos desta, isso pode justificar a menor suplementação encontrada no mesmo, quando comparada às frequências encontradas em outros hospitais privados não certificados, como destacado em revisão sistemática realizada em 2013 (ESTEVES et al, 2014) e em estudo de coorte realizado em um hospital privado de Porto Alegre (MACHADO, 2014). Além de não ser credenciada como Amigo da Criança, o financiamento privado constituiu outro fator de risco para uso elevado do suplemento. Desta forma, reforça-se que a prática das recomendações da iniciativa HAC influencia mais nos níveis de suplementação do que a certificação propriamente dita (NGUYEN et al, 2017; SAMPAIO et al, 2011; CHUAN-MING LI et al, 2014; PERRINE et al, 2012; DORSI et al, 2005).

Quando analisados os fatores associados ao uso de suplementos, pôde-se observar que fatores estruturais da instituição, podem ter contribuído para o uso do suplemento. A falta de leitos no AC no Hospital Público, com consequente ida do RN para a UCI, e a existência de um berçário para enviar o RN logo após o parto, encontrado no hospital privado, levaram à separação do binômio em momento crucial para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

A prática inadequada de separação do binômio foi um fator de risco para o uso do suplemento do leite materno observado nesta pesquisa, comprovada pelo aumento do percentual do uso do suplemento (de 23,8% hospital público e de 1,1% no privado), ao se considerar o uso durante o internamento em qualquer parte do hospital, tendo, possivelmente, influenciado a continuidade do uso após chegada no AC. Essa observação também foi relatada em estudos que analisaram o afastamento do binômio (SÁ et al, 2016; MOREIRA et al, 2014; LOPES, et al, 2013). Lopes et al (2013) observaram um aumento de 24% na suplementação em RN que permaneceram separados de suas genitoras por mais de uma hora após o nascimento. Dados da Pesquisa Nascido, no Brasil, demonstraram os prejuízos que essa separação traz para o estabelecimento da amamentação, destacando ainda que, nascer na região Nordeste configurou-se fator de risco para essa separação (MOREIRA et al, 2014).

Sabe-se que os recém-nascidos do estudo foram para UCI por falta de vaga no AC, como estava descrito nas prescrições. Tal fato esteve possivelmente relacionado à superlotação das maternidades públicas, que ocorre principalmente nas de alto risco, uma realidade do país e ainda mais frequente nas regiões Norte e Nordeste (BITTENCOURT et al, 2014). Em Pernambuco, esse fato foi confirmado através de um estudo que comprovou a

superlotação indevida, sobretudo nas maternidades de alto risco (ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016).

A separação do binômio, ocasionada pelo número insuficiente de leitos no AC do hospital público, ocorreu devido à impossibilidade de permanência do neonato no centro obstétrico, sem acomodação adequada, o que colocaria em risco a sua segurança (dado não apresentado). No entanto, é importante que os gestores elaborem estratégias quanto à problemática evidenciada, a fim de minimizar o impacto negativo que essa prática vem causando nos índices de AME precoce no serviço. No serviço privado, os RN de baixo risco foram encaminhados ao berçário por uma rotina do serviço (dado não apresentado), permanecendo no mesmo um mínimo de duas horas, até serem transferidos para perto de suas mães. Estudos recomendam que essa prática deva ser evitada, justamente para prevenir a separação do binômio e a influência negativa no sucesso do aleitamento materno (NGUYEN et al, 2017; SÁ et al, 2016; BOCCOLINI et al, 2013).

Para maiores oportunidades de amamentação eficaz, recomenda-se que mãe e filho permaneçam juntos durante todo o internamento. A estratégia de alojamento conjunto é essencial para o estabelecimento do vínculo nos primeiros dias de vida e primordial para a estruturação do cuidado materno-infantil e, conseqüentemente, para redução da suplementação (DULFE et al, 2015; PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009; VENANCIO, 2003).

Um fator identificado como importante na proteção ao aleitamento materno exclusivo foi a existência de uma técnica de enfermagem, ainda que não seja especificamente para cuidados em aleitamento materno, mas destinada exclusivamente para os cuidados dos neonatos, foi uma particularidade observada no hospital privado. Outras pesquisas reforçam a ideia de que a existência de um profissional específico para a amamentação, eleva a possibilidade de identificar e tentar solucionar problemas relacionados ao aleitamento materno, evitando o uso desnecessário do suplemento (MAJRA; SILAN, 2016; FORSTER et al, 2015; EKSTRÖM et al, 2005; CHUAN-MINH LI et al, 2014). Estudo realizado no Alabama evidenciou que ter um profissional voltado para lactação, que garanta as políticas baseadas em evidências científicas e propague as informações, pode diminuir as taxas de suplementação (CHUAN-MINH LI et al, 2014). Sabe-se que uma abordagem que vise a resolução de problemas no aleitamento, centrada no aconselhamento, é uma das melhores estratégias para enfrentar as dificuldades de amamentação. Possivelmente, a existência de um grupo menor de técnicas de enfermagem dedicadas ao RN, torna mais fácil a sensibilização e

capacitação deste menor número de profissionais para a atuação adequada em relação ao AME (LEITE et al, 2016; FROTA et al, 2008).

A presença do acompanhante caracteriza-se como apoio fundamental às puérperas. Estudos indicam que esse apoio aumenta os índices de AME, no entanto, diferente do que se propõe o acompanhante não contribuiu para menores índices de suplementação no estudo em questão, embora os dois hospitais permitissem a presença do mesmo (SÁ et al, 2016; SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012; AZEVEDO et al, 2010).

A falta de relação entre a presença do acompanhante e o índice de suplementação poderia estar relacionada ao despreparo desses acompanhantes, para a promoção do aleitamento materno, deixando a cultura intrínseca sobressair à valorização do leite artificial e/ou insuficiência do leite materno. Uma revisão de literatura, realizada no período de 1995 a 2010, demonstrou que para atingir melhores taxas de aleitamento materno é necessário que sejam fornecidas orientações para eficácia desse acompanhante (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012).

Quanto à assistência de enfermagem, a SAE para o RN, na instituição privada, pode ter favorecido a avaliação de aspectos essenciais como, por exemplo, a eficácia da amamentação. Sendo um guia para julgamento clínico, propicia o envolvimento da equipe de enfermagem, norteador suas intervenções e podendo facilitar a identificação de problemas relacionados à mamada, viabilizando ações para atingir os melhores resultados para o binômio e o sucesso da amamentação (HUNTER, et al, 2015; NANDA, 2011).

Observou-se frequência elevada de prescrição médica do suplemento, sobretudo no serviço privado (80,3%). Esse percentual não corresponde à necessidade dos recém-nascidos de baixo risco, tampouco encontrando justificativas aceitáveis pela OMS registradas em prontuários (encontrou-se menos de 6% no hospital privado e de 22% no hospital público). Esse fato pode estar relacionado à resistência em promover contato entre puérpera e RN precocemente ou à necessidade de conhecimentos que podem prejudicar o início e a manutenção do AME (FUJIMORI et al, 2010; MEIRELLES, et al, 2008).

Esta prática deve ser repensada, visando o condicionamento da prescrição à avaliação das dificuldades para amamentação e/ou condições não modificáveis, uma vez que o número de prescrições excessivas pode elevar a possibilidade de oferta do substituto diante de qualquer dificuldade apresentada pelo binômio.

Assim, constata-se que mesmo em um hospital-escola certificado como o Amigo da Criança, que adota práticas voltadas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mas existe uma elevada prevalência na prescrição e solicitação do suplemento de

forma errônea e precipitada, não cumprindo o Passo 6 preconizado pela iniciativa HAC, pode dificultar o aleitamento sob livre demanda e favorecer o desmame precoce.

Para mostrar que além da adequação de algumas práticas hospitalares, que podem afetar a efetivação do vínculo mãe-filho e uma amamentação eficaz, faz-se necessária a constante atualização dos conhecimentos e habilidades, a sensibilização profissional e a prática de aconselhamento (JESUS; OLIVEIRA; FONSECA, 2016; SIMÕES; TOMAZ, 2013; SOUZA, 2012).

Observa-se, que o período de internamento hospitalar, no pós-parto, pode influenciar positiva ou negativamente nas intenções de amamentar das puérperas. Mesmo em países desenvolvidos, com recursos financeiros para execução de melhores práticas em saúde, tal fato pôde ser constatado. Em estudo realizado nos Estados Unidos que analisou esta problemática, todas as mulheres tinham a intenção, antes do parto, de amamentar exclusivamente. No entanto, 40% de seus filhos receberam suplemento e 15% delas desistiram de amamentar exclusivamente, durante a internação hospitalar (PERRINE et al, 2012). No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de instituir técnicas sistemáticas de avaliação e monitoramento das políticas de promoção, proteção e apoio ao AM, buscando consolidar, revisar, atualizar e contribuir para atuação nos diferentes setores de saúde (BRASIL, 2017). Entretanto, a falta de recursos e de ações continuadas parecem comprometer a eficiência da proposta.

Quanto aos dados relacionados às variáveis socioeconômicas e demográficas da amostra estudada, a idade das puérperas apresentou pouca variabilidade no hospital público, o que distorce um pouco de outros estudos que geralmente encontram uma discrepância entre as faixas etárias nesse tipo de estabelecimento (FRAGOSO; FORTES, 2011; SAMPAIO et al, 2011; AZEVEDO et al, 2010).

No hospital privado, houve um predomínio de mulheres não jovens, cerca de sete vezes maior que o número de mulheres jovens. Esse dado parece ser uma tendência que vem se estabelecendo, especialmente entre as mulheres atendidas nos serviços privados, visto que as mulheres têm postergado a maternidade, pela maior participação delas no mercado de trabalho, pelas redefinições de gêneros, ou porque querem uma mínima estabilidade financeira e/ou após atingir um grau de escolaridade elevado, situações observadas em estudo no Distrito Federal, que analisou mães que tiveram seu primeiro filho com 30 até 49 anos de idade (BOCCUCCI; ROSSETTO; BEVILAQUA, 2016; KUZMA et al, 2016).

O nível de escolaridade das puérperas em ambos os serviços, seguiu a tendência de outras instituições brasileiras, com predomínio do ensino médio no hospital público e do

ensino superior no hospital privado (GUIMARÃES et al, 2017; KUZMA et al, 2016; FRAGOSO; FORTES, 2011; CESAR et al, 2012). O que deve ter sido influenciado pela diferença do poder aquisitivo da população atendida nos serviços.

Na análise bivariada (tabelas 3 e 4), diferente de outras pesquisas, não houve influência do tipo de parto na utilização do suplemento pelos recém-nascidos estudados. estatística em relação ao nível de escolaridade da mãe, no entanto em locais diferentes do mundo e do Brasil associa-se uma maior escolaridade materna com uma menor utilização do suplemento por seus RN, quer seja pela maior compreensão das vantagens do aleitamento materno exclusivo, pelo conhecimento dos prejuízos associados ao uso de leite artificial de forma precoce ou ainda pelo maior entendimento das dificuldades iniciais no aleitamento materno (NGUYEN et al, 2017; FORSTER et al, 2015; BONET; BLONDEL; KHOSHNOOD, 2010).

Em relação à variável tipo de parto, no hospital público, a maioria (56,3%) das puérperas teve parto vaginal, sendo a outra via de nascimento (cesariana) diferenciada em eletiva (32,5%) e durante o trabalho de parto (TP) (11,3%). Já no hospital privado, a grande maioria (87,2%) dos nascimentos foi por cesariana eletiva, uma realidade brasileira que preocupa as autoridades de saúde pública e, portanto, sendo alvo de políticas de saúde que visa reduzir esse índice (BOCCOLINI et al, 2013).

Na análise bivariada (tabelas 3 e 4), diferente de outras pesquisas, não houve influência do tipo de parto na utilização do suplemento pelos recém-nascidos estudados. No hospital privado, entretanto, nota-se uma tendência de maior uso de fórmula nos neonatos nascidos de cesáreas eletivas, fato que não se mostrou estatisticamente significativo, possivelmente, pelo tamanho amostral. A cesariana eleva o risco de suplementação, principalmente quando acontecem antes do TP (cesáreas eletivas), porque podem influenciar na disponibilidade da puérpera para amamentar, na produção e/ou descida do leite, e no reflexo de sucção do RN (NGUYEN et al, 2017; LOPES et al, 2013; GRASSLEY et al, 2014; SÁ et al, 2016). Tal fato parece estar relacionado aos efeitos anestésicos, à separação de mãe e filho, ou à diminuição dos hormônios envolvidos na amamentação, ocitocina e prolactina, que começam a atuar com o estímulo do trabalho de parto ou ainda pelo adiamento do início da primeira mamada (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014; LOPES et al, 2013).

Possivelmente, o maior uso do suplemento por neonatos nascidos de parto normal no hospital público, é influenciado pelo encaminhamento dos RN para a UCI por falta de vaga no AC, uma vez que são encaminhadas prioritariamente mulheres submetidas à cesariana com RN, pela maior demanda de cuidados e pelo maior desconforto de permanecer em maca após

uma cirurgia. Outra hipótese, é que a maioria das mulheres neste modelo de serviço não tem um parto normal por sua escolha, o que poderia influenciar na disponibilidade e preparação psicológica para amamentar.

Corroborando os achados de outros autores, quer seja em abordagens nacionais ou internacionais, a primiparidade apresentou significância estatística nos dois hospitais desse estudo. Mães do primeiro filho estão mais propensas a enfrentar dificuldades para amamentação eficaz, quer seja pela ansiedade, medo, insegurança ou falta de conhecimento (NEWHOOK et al, 2017; FORSTER et al, 2015; CHUAN-MING LI et al, 2014; MAJRA; SILAN, 2016; PERRINE et al, 2012).

A primiparidade determinou um uso do suplemento no AC 48% maior no hospital público e 83% a mais no hospital privado. Revelando que essa é uma variável importante a ser considerada na assistência ao binômio e que exige uma abordagem diferenciada para essas mulheres, a fim de evitar o uso elevado e desnecessário do suplemento. Uma vez que aparentemente mulheres que já têm filhos apresentam uma segurança maior no manejo da amamentação, possivelmente por estarem familiarizadas com as dificuldades iniciais.

A realização de pré-natal não apresentou relação estatisticamente significativa em nenhum dos hospitais estudados, no entanto, mesmo que não tenha significância estatística, observou-se maior utilização do suplemento pelos filhos das mulheres que realizaram mais consultas pré-natal no hospital privado. Possivelmente pela causalidade reversa, ou seja, o número de mulheres com seis ou mais consultas é maior e por isso o uso do suplemento mostra-se superior nessas circunstâncias. Porém, ergue-se uma reflexão sobre a qualidade do acompanhamento pré-natal que as gestantes têm.

Estudo realizado no Espírito Santo reforça esse pressuposto, afirmando que o número de consultas pré-natal não é o suficiente para revelar a qualidade desse acompanhamento, descrevendo que 80% das gestantes não haviam sido informadas sobre a importância e o manejo do aleitamento materno, 100% não foram orientadas sobre a suplementação e 90% não eram capazes de descrever os riscos da alimentação artificial (LOPES et al, 2013).

Considerando que o acompanhamento pré-natal pode não garantir uma maior capacidade de as mulheres vivenciarem as adaptações fisiológicas no pós-parto, é imprescindível que a equipe hospitalar ofereça apoio, treinamento e incentivo ao AME, principalmente para as primíparas, a fim de minimizar as lacunas existentes (CHUAN-MING LI et al, 2014; BOBAN; ZAKARIJA-GRKOVIC, 2016).

Ressalta-se a importância, para a eficácia da amamentação, do aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde durante a permanência no serviço de saúde, iniciando

desde o pré-natal. É necessário que os profissionais desmistifiquem as crenças populares sobre as dificuldades para amamentação, uma vez que as preocupações levantadas pelas mães influenciam bastante na percepção de necessidade de suplementação (EVANS; MARINELLI; TAYLOR, 2014). Esse apoio profissional já vem se destacando em alguns estudos, que sugerem a orientação adequada à mulher para evitar o uso do suplemento, atuando nas principais justificativas para o uso do suplemento (PERRINE et al, 2012; FROTA et al, 2009; EKSTRÖN et al, 2005).

Um estudo qualitativo realizado na cidade de Fortaleza revelou que entre os motivos decisivos para o desmame precoce estavam o choro e a fome da criança, escassez de leite materno, rejeição do seio por parte do RN, todos relacionados a uma cultura que não compreende as adaptações fisiológicas no pós-parto nem reconhece as problemáticas associadas ao uso de LA precocemente. Essa realidade elucida a importância da orientação profissional, a fim de prevenir as angústias e a percepção de incapacidade de amamentar exclusivamente (CHUAN-MING LI et al., 2014; FROTA et al., 2009).

A prescrição prévia do suplemento aumentou o seu uso no AC (22,5% no público e 7,2% no privado), embora esse aumento não tenha sido estatisticamente significativo, leva à reflexão de pontos levantados por outros autores, que destacam o fato que, a existência da prescrição induz ao pensamento de que o uso do suplemento seria a solução dos problemas do RN. Entretanto, pode impactar negativamente na amamentação, pois interfere na confiança da puérpera, e até da equipe, que, muitas vezes, encontra-se sobrecarregada, ou até sensibilizada com o choro da criança, e tendo o suplemento tão acessível, vai ofertá-lo, em vez de trabalhar as particularidades e/ou dificuldades da amamentação (BOBAN; ZAKARIJA-GRKOVIC, 2016). Essa observação é ainda mais relevante no hospital privado, que apresentou um percentual elevado de prescrição, além de maior percentual de primíparas e de cesarianas.

O uso prévio do suplemento possivelmente influencia na compreensão de que a fórmula é a solução ou, no mínimo, que não há problemas em oferecê-lo aos neonatos com fome, seja por parte da mãe/família ou ainda por parte da equipe técnica que vai prestar assistência no AC (LOPES et al, 2013; BOBAN; ZAKARIJA-GRKOVIC, 2016). Essa oferta ocorreu nas primeiras quatro horas de vida (dados não apresentados) mostrando uma precipitação da equipe, durante a separação mãe-filho, prática desaconselhada para RNs de baixo risco, e foi estatisticamente significativa no serviço privado, onde os neonatos são encaminhados ao berçário, como rotina, e ainda possui alta taxa de prescrição prévia.

Todas essas observações revelam que o percentual elevado de suplementação pode ser reduzido visto que todos esses fatores são modificáveis e dependem exclusivamente do

serviço de saúde e seus profissionais (BOCCOLINI et al, 2013; LOPES et al, 2013). Estudos demonstram a importância de evitar o uso do suplemento durante o internamento hospitalar, para maior duração do AME após a alta hospitalar, havendo associação entre números de dias sem suplemento no início da vida e o alcance das recomendações da OMS quanto ao aleitamento materno (MARTINS; GIUGLIANI, 2012; NGUYEN et al, 2017).

As vantagens do leite humano são bem evidenciadas pelo fato de que a eficácia da amamentação exclusiva até os seis meses confere benefícios diversos ao binômio, além de ser uma das principais condutas para redução da morbimortalidade infantil e para poupar gastos com prevenções de morbidade e óbito.

Sendo assim, as vantagens do aleitamento materno exclusivo já seriam suficientes para evitar o uso do suplemento no hospital, uma vez que essa prática está diretamente relacionada ao desmame precoce, no entanto, além de interferir na amamentação, o uso do suplemento precoce está associado a problemas de saúde nessas crianças por toda a vida (LOPES et al, 2013; GRASSLEY et al, 2014; JESUS; OLIVEIRA; FONSECA, 2016).

O Brasil avançou sistematicamente nos índices de AM e AME, desde a primeira pesquisa nacional, realizada em 1975. No entanto, na última Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, não houve progresso dessas prevalências, o que deve servir de alerta para as entidades e profissionais relacionados (BOCCOLINI et al, 2017; VENANCIO, SALDIVA, MONTEIRO; 2013).

6 CONCLUSÕES

O estudo verificou um alto uso do suplemento do leite materno por recém-nascidos de baixo risco, no alojamento conjunto em ambos os serviços (em torno de 40%), independentemente de suas particularidades.

Essa suplementação pode ser influenciada pelo ambiente hospitalar, portanto, apesar das limitações do estudo, especialmente pela impossibilidade de extrapolação dos dados, seus achados reforçam a importância dos cuidados nos primeiros dias de vida, chamando atenção para práticas e posturas que influenciam diretamente no uso do suplemento podem prejudicar o aleitamento materno exclusivo. Os achados podem nortear a assistência prestada nos hospitais, considerando variáveis relacionadas à puérpera, recém-nascido e assistenciais.

O uso do suplemento foi, estatisticamente, associado à primiparidade em ambos os serviços e ao uso do suplemento pelo RN antes de sua acomodação no alojamento conjunto, no hospital privado. Determinados fatores destacados como influenciadores em estudos realizados em outras regiões, não alcançaram significância estatística neste estudo, como a tipo de parto, a idade ou escolaridade da puérpera, a coabitação paterna e nenhuma das características do recém-nascido, revelando que possivelmente as particularidades da região também interferem nessa problemática.

Percebeu-se grande influência da separação do binômio mãe-filho na utilização do suplemento, uma vez que houve um percentual elevado de suplementação quando o RN foi encaminhado para UCI sem necessidade fisiológica. Destacando-se ainda o elevado número de prescrições do suplemento, mesmo sem indicações plausíveis e recomendadas

Confirma-se que a suplementação desses neonatos nas primeiras horas de vida, dentro do ambiente hospitalar, é uma questão complexa, multifatorial, que para ser mais bem compreendida, necessita de avaliação não somente dos aspectos neonatais, maternos e institucionais.

Quanto à equipe de enfermagem observou-se que mesmo havendo um dimensionamento adequado, a distribuição dessa equipe, supostamente, influencia na assistência e consequente controle da suplementação desnecessária. Do mesmo modo que a certificação como Hospital Amigo da Criança não garante subsídios necessários para o cumprimento de todos os passos recomendados, especificamente o Passo 6, o qual restringe o uso de suplementos do leite materno.

7 RECOMENDAÇÕES

O uso do suplemento durante o internamento pós-parto tem grande influência na manutenção e duração do aleitamento materno, sendo imperativa a realização de outros estudos, com populações diferentes, variáveis ampliadas e amostras representativas, estudos com esse desenho em outros hospitais da região, bem como estudos que incluem análise da rede de apoio ao binômio, aspectos profissionais e culturais de todos os envolvidos nesse processo de utilização de suplemento nos primeiros dias de vida dentro do ambiente hospitalar.

Considerando a definição da superioridade da amamentação exclusiva, permanece ocorrendo alta taxa de suplementação precoce sugerindo a realização de estudos que analisem além dos aspectos quantitativos. São necessários estudos qualitativos para compreender a significação dessa problemática para os atores envolvidos.

Explorar a influência que a experiência com a amamentação dos profissionais que prestam assistência no AC exerce na permissividade da suplementação durante o internamento hospitalar do RN pode esclarecer aspectos cruciais para compreender o número elevado de prescrições do suplemento do leite materno e a postura permissiva de profissionais da saúde.

Considerando o impacto que a separação do binômio teve no hospital público, pode ser proposta a introdução de berços comuns para manter o RN com a mãe no centro obstétrico ou até manter a prática canguru até a transferência de ambos para acomodação no AC.

É pertinente que sejam revistas as normas e rotinas hospitalares, o suporte e a efetivação das exigências da iniciativa HAC. E por fim, observou-se que a separação do binômio mãe-filho influenciou fortemente no uso do suplemento devendo ser explorado a fim de encontrar alternativas para evitá-lo.

Atualmente, a política de humanização e a maior qualidade na assistência ao binômio mãe-filho, vem buscando ações pautadas nas melhores evidências científicas. Evitar o uso desnecessário do suplemento é uma das ações mandatórias para atingir esses objetivos. Por conseguinte, faz-se necessário um aprofundamento da temática para melhor elucidar o problema e acelerar o ritmo de crescimento dos índices de AM e AME.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC-ANVISA nº. DE 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. **FIOCRUZ**. 2015. Disponível em:<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/rdc_171.pdf>. Acesso em: ago. 2015.
- ALMEIDA, I. S. et al. Amamentação Para Mães Primíparas: Perspectivas E Intencionalidades Do Enfermeiro Ao Orientar Breastfeeding for Primiparous Mothers : Nurse´s Perspectives and Intentions While Orienting Lactancia Para Madres Prímíparas : Perspectivas E Intenciones Del. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 1, p. 19625, 2010.
- ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. Ver. Bras. Matern. Infant., v. 3, n. 4, p. 411-419, 2003.
- ATHANÁZIO, A. R. et al. A Importância Do Enfermeiro No Incentivo Ao Aleitamento Materno No Copinho Ao Recém-Nascido : Revisão Integrativa the Importance of Nurses in Encouraging Breastfeeding in the Glass To the Newborn : Integrative Review. **Rev.Enferm. UFPE on line**, v. 7,n. 5, 2013.
- AZEVEDO, D. S. et al. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010.
- BAPTISTA, G. H.; ANDRADE, A. H. H. K. G. DE; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.596-604, mar. 2009.
- BARBOSA, J. A. G.; SANTOS, F. P. C.; SILVA, P. M. C. Fatores Associados à Baixa Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo e ao Desmame Precoce. **Revista Tecer**, v. 6, n. 11, p. 1546165, dez. 2013.
- BITTENCOURT, S. D. A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**,v. 30. Sup:S, p. 208-S219, 2017.
- BOBAN, M.; ZAKARIJA-GRKOVIC, I. In-Hospital Formula Supplementation of Healthy Newborns:Practices, Reasons, and Their Medical Justification. **Clinical Research**, v. 0, n. 0, 2016.
- BOCCUCCI, A. N. P. F.; ROSSETTO, C. B. S.; BEVILAQUA, C. T. C. Mães primíparas de 30 a 49 anos de idade no Distrito Federal 1996-2013. **CODEPLAN**, Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2016.
- BOCCOLINI, C. S. et al. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. **J. Pediatr**, v. 89, n. 2, p. 131-136, 2013.

BONET, M.; BLONDEL, B.; KHOSHNOOD, B. Evaluating regional differences in breast-feeding in French maternity units: a multi-level approach. **Public Health Nutrition**, Paris, v. 13 n. 12, p. 1946-1954, jun. 2010.

BORGES, A. L. V, PHILIPPI ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 287-292, jun. 2003.

BOUDET, R. V. **Influencia del tipo de alimentación en el desarrollo de la alergia a la leche de vaca en niños pequeños**. Factores involucrados en el proceso por el cual se adquiere la enfermedad. Tesis de postgrado para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía Unive. [s.l.]: Universidad Nacional de Córdoba, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas básicas para alojamento conjunto. Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan americana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152p.

BRASIL. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União** [internet]. Brasília; 2005 Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>>. Acesso em: ago. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Módulo I - Histórico e implementação Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf>. Acesso em: maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 2015, 5 ago.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa ó CONEP. Resolução Nº 466/12: sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno / Ministério da Saúde**, Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

- BRITO, R. S. et al. Knowledge of health professionals about the distribution of pasteurized human milk. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 6, n. 1, p. 2616270, 2014.
- BRUNKEN, G. S. et al. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.82, n.6, p. 445-51, 2006.
- CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 1056111, 2005.
- CERÁVOLO, A. S. et al. Avaliação da adequada indicação de leite artificial em recém-nascidos em uma maternidade de referência de Minas Gerais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 11, n. 1, p. 78683, 2013.
- CÉSAR, J. A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012.
- CHUAN-MING LI, M. D. et al. Associations of Hospital Staff Training and Policies with Early Breastfeeding Practices. **Journal of Human Lactation**, v. 30, n. 1, p. 88696, 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. **Conselho Federal de Enfermagem**. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: jul. 2015
- COSTA, L. F. DE A. **Práticas da nutriz de apoio à amamentação**. Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2014.
- COUTINHO, S. B. et al. The impact of training based on the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil. **Jornal de pediatria**, v. 81, n. 6, p. 4716477, 2005.
- D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 356-364, 2014.
- DAMOTA, K. et al. Independent Study Module for Lactation Consultants: "Maternal Request for In-hospital Supplementation of Healthy Breastfed Infants among Low-Income Women". **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 4, p. 5746576, 2012.
- DECLERCQ, E. et al. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 5, p. 9296935, 2009.
- DEMÉTRIO, F.; PINTO, E. D. J.; ASSIS, A. M. O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 6416650, 2012.
- D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n. 4, p. 645-654, 2005.

DULFE, P. A. M. et al. Nursing care on admission and stay of the newborn in the accommodation set on intra-hospital. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2287, 2015.

EKSTROM, A. et al. Breastfeeding attitudes among counselling health professionals Development of an instrument to describe breastfeeding attitudes. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 33, n. 1, p. 3536359, 2005.

ESTEVES, T. M. B. et al. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 6976708, 2014.

EVANS, A.; MARINELLI, KA.; TAYLOR, JS.; THE ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE. ABM Clinical Protocol #2: Guidelines for Hospital Discharge of the Breastfeeding Term Newborn and Mother: The Going Home Protocol. **Breastfeeding Medicine**, v. 9, n. 1, 2014.

FARIA, A. C.; MAGALHÃES, L.; ZERBETTO, S. R. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 168, 31 dez. 2010.

FERREIRA, M. F. et al. Avaliação do cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro, RJ Evaluation of the accomplishment of the 10 steps for breastfeeding success in a health units in Rio de Janeiro city, Bra. **CERES: Nutrição & Saúde**, v. 5, n. 1, p. 37648, 2011.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; DE VILHENA ABRÃO, A. C. F. Iniciativa Hospital Amigo da Criança - uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 4596463, 2012.

FORSTER, D. A. Breastfeeding Initiation and Birth Setting Practices: A Review of the Literature. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 52, n. 3, 2007.

FRAGOSO, A. P. R.; FORTES, R. C. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. **J Health Sci Inst.**, v. 29, n. 2, p. 114-8, 2011.

FROTA, M. A. et al. O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. **Guidance Influencing Breastfeeding Practice**. v. 13, n. 3, p. 4036409, 2008.

FRUTUOSO, L. D.; BRÜGGEMANN, O. M. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 9096917, dez. 2013.

FUGULIN, F. M. T. et al. Nursing care time in the Intensive Care Unit: evaluation of the parameters proposed in COFEN Resolution N° 293/04. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 3256332, abr. 2012.

FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenador. **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 121-35

- FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 14, n. 33, p. 3156327, 2010.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. DA. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 1886193, mar. 2009.
- GIUGLIANI, E. O aleitamento materno na prática clínica Breastfeeding in clinical practice Elsa R. J. Giugliani. **J Pediatr (Rio J)**, v. 76, 2000.
- GRASSLEY, J. S. et al. Reasons for Initial Formula Supplementation of Healthy Breastfeeding Newborns. **Nursing for Women's Health**, v. 18, n. 1, 2014.
- GUIMARÃES, C. M. S. et al. Comparação da autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade de Ribeirão Preto, Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, pp. 1-9, 2017.
- HEALTHY PEOPLE**. Increase consumption of calcium in the population aged 2 years and older, 2014. Disponível em: <https://www.healthypeople.gov/node/4951/data_details>. Acesso em: maio 2017.
- HUNTER, L. et al. "Oh no, no, no, we haven't got time to be doing that" Challenges encountered introducing a breast-feeding support intervention on a postnatal ward. **Midwifery**, v. 31, n. 1, p. 7986804, 2015.
- JESUS, P. C.; OLIVEIRA, M. I. C.; FONSECA, S. C. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. **J. Pediatria**, v. 92, n. 5, p. 46-450, 2016.
- KUZMA, G. S. P. et al. Perfil de puérperas assistidas em alojamento conjunto: estudo comparativo entre os serviços público e privado. **Revista da AMRIGS**, v. 60, n. 2, p. 87-91, 2016.
- LEITE, P. F. P. et al. Incidência de aleitamento materno no momento da alta da terceira etapa do método canguru da Maternidade Ana Braga. **Rev. Ciências da Saúde da Amazônia**, v.1, n. 1, p. 45-68, 2016.
- LOPES, F. D. O. et al. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**. p 4316439, 2013.
- MACHADO, L. U. **Uso do complemento alimentar em recém-nascidos a termo submetidos à cesariana eletiva: efeito sobre o aleitamento materno**. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2014.
- MAIA, P. R. S. et al. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.6, n.3, p. 285-292, jul./set. 2006.

MAJRA, J. P.; SILAN, V. K. Barriers to Early Initiation and Continuation of Breastfeeding in a Tertiary care Institute of Haryana: A Qualitative Study in Nursing Care Providers. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 1, n. 9, 2016.

MARGOTTI, E. **Fatores associados ao desmame precoce: Auto eficácia no aleitamento materno e depressão pós-natal**. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013.

MARTINS, E. J. GIUGLIANI, E. R. J. Which women breastfeed for 2 years or more? **Jornal de Pediatria**, v. 88, n 1, 2012.

MEIRELLES, C. D. A. B. et al. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 200162012, 2008.

MONTEIRO, J. C. D. S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil: [revisão]. **Invest. Educ. Enferm**, v. 29 , n. 2, p. 3156321, 2011.

MOREIRA, K. F. A.; NAKANO, A. M. S. Breastfeeding: Institive? NATural? The biological paragon X The reproductive rights in discussion. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 6, p. 6856690, 2002.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Sup: S, p. 128-S139, 2014.

NAVARRO, D. et al. Desarrollo de tolerancia oral en niños con alergia a la proteína de leche de vaca . **Seguimiento de 10 años**. v. 67, n. 3, p. 1276132, 2013.

NEWHOOK, J. T. et al. Determinants of Nonmedically Indicated In-Hospital Supplementation of Infants Whose Birthing Parents Intended to Exclusively Breastfeed. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 2, p. 2786284, 2017.

NEVES, M. J. A. DE O. et al. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 18, n. 1, p. 42647, 2010.

NGUYEN, T.; DENNISON, B. A., Fan W, ET AL. Variation in Formula Supplementation of Breastfed Newborn Infants in New York Hospitals. **Pediatrics**. 2017; v.140, n. 1, 2017.

NÓBREGA, L. L. DA R. E; BEZERRA, F. P. F. Adolescent Puerpera Perceptions Concerning Nursing Care in Rooming-In. **Rev. Rene**, v. 11, n. 1, p. 42652, 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION ó NANDA: definições e classificações. 2011-2013. Porto Alegre, **Artes Médicas**. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Iniciativa Hospital Amigo Da Criança. p. 78, 2008a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo Da Criança**. [s.l: s.n.]. 2008b.

- OMS, B. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** : revista , atualizada e ampliada para o cuidado integrado Módulo 3 ó Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança : Curso de 20 horas para Equipes de Maternidade. In: Brasília: [s.n.]. p. 276. Brasília, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. Section1, Background and implementation. Genebra: 2009.
- ORTIZ, P. N. et al. Comparing breast feeding practices in Baby Friendly and non-accredited hospitals in Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n. 4, p. 405-413, 2011
- PÉREZ-ESCAMILLA, R. Amamentação no Brasil: grande progresso, porém ainda há um longo caminho pela frente. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 2, 2017, pp. 107-110.
- PERRINE, C. G. et al. Baby-Friendly Hospital Practices and Meeting Exclusive Breastfeeding Intention. Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia. **Pediatrics**, v.130, n.1, 2012.
- PILOTTO, D. T. DOS S.; VARGENS, O. M. DA C.; PROGIANTI, J. M. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2009.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011
- PINHEIRO, M. M. et al. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr. Campinas**, n. 29, n. 5, p. 679-689, 2016.
- REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S376S45, 2003.
- ROHR, L. K.; VALONGUEIRO, S.; ARAUJO, T. V. B. Delivery care and the inadequacy of the obstetric care network in Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 16, n. 4, p. 447-455, 2016.
- SAMPAIO, P. F. et al. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1349-1361, 2011.
- SHEALY, K. R. et al. **The CDC Guide to Breastfeeding Interventions**. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
- SÁ, N. N B. et al. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.19, n. 3, p. 509-524, 2016.
- SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 30, n. 1, p.122-130. 2012.

SILVA, W. F. ; GUEDES, Z. C. F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 1, p. 160-171, fev. 2013.

SIMÕES, R. F. M.; TOMAZ, A. F. **Identificação imediata das dificuldades do aleitamento materno de um hospital público de Campina Grande, PB.** 2013. 36 f. (Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Fisioterapia). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB.

SOARES, A. V. N.; GAIDZINSKI, R. R.; CIRICO, M. O. V. Identificação das intervenções de enfermagem no sistema de alojamento conjunto. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 2, p. 308-317, 2010.

SOUZA, E. F. DO C. **Autoeficácia na amamentação : aplicação da escala em puérperas de um hospital privado** Autoeficácia na amamentação : aplicação da escala em puérperas de um hospital privado. 2012.(Dissertação - Graduação em Enfermagem). Universidade de Guarulhos, São Paulo.

SUSIN, LRO; GIUGLIANI, ERJ; KUMER, SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 141-147, 2005.]

TENDER, J. A F. et al. Reasons for in-hospital formula supplementation of breastfed infants from low-income families. **Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association**, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2009.

THE ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. ABM Clinical Protocol #3: hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. **Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine**, v. 4, n. 3, p. 175-182, 2009.

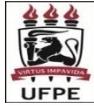
UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Brasília, 1990.

VENANCIO, S. I. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação : o papel das práticas assistenciais das maternidades. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, p. 1-2, 2003.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1205-1208, 2013.

World Health Organization, UNICEF. **Protecting, promoting and supporting breastfeeding.** Geneva: World Health Organization;1989.

**APÊNDICE A 6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 6 GERENTE [OU
COORDENADOR (A) DA MATERNIDADE**



Instrumentos de Coleta de Dados
Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde



Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente

Iniciais do nome: _____

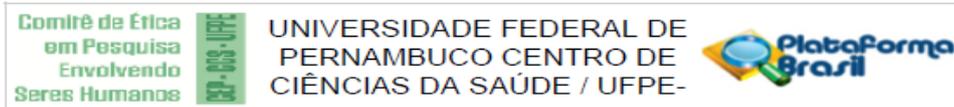
Data: _____

- 1- Número de leitos da maternidade: _____
- 2- Número de técnicos (as) por plantão: Diurno: _____ Noturno: _____
- 3- Número de enfermeiros (as) por plantão: Diurno: _____ Noturno: _____
- 4- O Hospital possui Certificação como Hospital Amigo da Criança? () Sim () Não
- 5- Há Banco de Leite Humano na Instituição? () Sim () Não
- 6- Onde é feita a acomodação do binômio mãe-filho? () AC () Outros: _____
- 7- A instituição permite a presença de acompanhante para o binômio mãe-filho durante o internamento do mesmo? () Sim () Não
- 8- Há uma equipe específica para atenção ao Aleitamento Materno? () Sim () Não
- 9- Há ficha de Sistematização da Assistência de Enfermagem? () Sim () Não

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ó PRONTUÁRIO

- 1- Qual hospital de nascimento? () 1 Hospital Privado () 2 Hospital Público
- 2- Peso ao nascer? _____
- 3- Qual sexo do Recém-nascido? () 1 Feminino () 2 Masculino () 3 Não informado
- 4- Qual idade gestacional do Recém-nascido? _____
- 5- Qual idade da mãe? _____
- 6- Número de filhos anteriores: _____
- 7- Realizou pré-natal? () 1 Sim () 2 Não () 3 Não informado
- 8- Quantas consultas? _____
- 9- Qual nível de escolaridade da mãe?
 () 1 Ensino Fundamental I () 2 Ensino Fundamental II () 3 Ensino Médio
 () 4 Ensino Superior incompleto () 5 Ensino Superior completo () 6 Não informado () 7
 Sem escolaridade
- 10- Qual situação Conjugal da mãe?
 () 1 Solteira () 2 Casada () 3 Viúva () 4 Divorciada
 () 5 União Estável () 6 Ignorada () 7 Não informado
- 11- Qual a tipo de parto?
 () 1 Parto Vaginal com fórceps () 2 Parto Vaginal sem fórceps () 3 Cesariana eletiva
 () 4 Cesariana durante trabalho de parto () 5 Não informado
- 12- Prescrição do suplemento? () 1 Sim () 2 Não
- 13- Onde ocorreu a primeira prescrição?
 () 1 Centro obstétrico () 2 Alojamento Conjunto () 3 UCI
 () 4 Berçário () 5 Não informado () 6 Não se aplica
- 14- Qual o horário que o suplemento foi checado a primeira vez?
 () 1 Diurno () 2 Noturno () 3 Não foi checado
- 15- Onde se encontrava o RN quando o suplemento foi checado a primeira vez?
 () 1 Centro obstétrico () 2 Alojamento Conjunto () 3 UCI
 () 4 Berçário () 5 Não informado () 6 Não se aplica
- 16- Usou suplemento no AC em algum momento? () 1 Sim () 2 Não
- 17- Suplemento checado na prescrição? () 1 Sim () 2 Não
- 18- Suplemento liberado pelo lactário? () 1 Sim () 2 Não () 3 Não consultado lactário
- 19- Para onde foi a primeira liberação do lactário?
 () 1 UCI () 2 AC () 3 Centro obstétrico(COB) () 4 Não liberado pelo lactário () 5 Não consultado lactário
- 20- Ficou em AME até a alta hospitalar? () 1 Sim () 2 Não
- 21- Qual foi o Apgar do RN no 5 minuto? _____

ANEXO A ó PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de suplemento de leite materno em recém-nascidos à termo em diferentes contextos institucionais

Pesquisador: Aline Priscila Rego de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52276415.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.401.766

Apresentação do Projeto:

O projeto "Uso de suplemento de leite materno em recém-nascidos a termo em diferentes contextos institucionais" é uma proposta de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Centro de Ciências da Saúde - UFPE. Apresenta como pesquisadora principal Aline Priscila Rego de Carvalho, sob orientação da Profª Dra. Kátia Galeão Brandt e coorientação da Profª Dra. Wanderleya Lavor. Toda a equipe apresenta seus currículos devidamente cadastrados na Plataforma Lattes.

Folha de Rosto	FolhaAline.docx	17/11/2015 12:24:13	Aline Priscila Rego de Carvalho	Aceito
----------------	-----------------	------------------------	------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 03 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO B6 FOLHA DA INSTITUIÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Profª. Drª. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Coordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Prof. Dr. José Ângelo Rizzo

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Poliana Coelho Cabral

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Mayra Ruana de Alencar Gomes - Representante discente - Doutorado)

(Amanda Araújo das Mercês - Representante discente - Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliane Gomes Brasileiro

Nilan Rodrigues da Silva Costa