

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

Maria Gabriela Carneiro Silva

**Prescrição de fórmulas infantis para recém nascidos a termo em maternidades
brasileiras: uma revisão integrativa da literatura**

RECIFE

2023

Maria Gabriela Carneiro Silva

**Prescrição de fórmulas infantis para recém nascidos a termo em maternidades
brasileiras: uma revisão integrativa da literatura**

Monografia apresentada ao Curso de
Graduação em Nutrição da
Universidade Federal de Pernambuco
como requisito para obtenção de grau
de Nutricionista.

Área de concentração: Nutrição

Orientador(a): Juliana Maria Carrazzone Borba

Co-orientador(a): Raquel Araújo de Santana

RECIFE

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Maria Gabriela Carneiro .

Prescrição de fórmulas infantis para recém nascidos a termo em maternidades
brasileiras: uma revisão integrativa da literatura / Maria Gabriela Carneiro
Silva. - Recife, 2023.

34

Orientador(a): Juliana Maria Carrazzone Borba

Cooorientador(a): Raquel Araújo de Santana

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Nutrição - Bacharelado, 2023.

1. Aleitamento Materno. 2. Fórmulas Infantis. 3. Maternidades Brasileiras. 4.
Recém nascidos . 5. Amamentação. I. Borba, Juliana Maria Carrazzone.
(Orientação). II. Santana, Raquel Araújo de . (Cooorientação). III. Título.

610 CDD (22.ed.)

MARIA GABRIELA CARNEIRO SILVA

**Prescrição de fórmulas infantis para recém nascidos a termo em maternidades
brasileiras: uma revisão integrativa da literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção de grau de Nutricionista.

Área de concentração: Nutrição

Aprovado em: 26/04/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Raquel Araújo de Santana (co-orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Ana Paula Rocha de Melo (Examinador 1)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Maria Surama Pereira da Silva (Examinador 2)
Universidade Federal de Pernambuco

Este trabalho é dedicado a todos
que me apoiaram nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por ter permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho, sem Ele eu nunca conseguiria. Aos meus pais que sempre me apoiaram e incentivaram nos estudos e, principalmente, na finalização do meu curso. Ao meu irmão que sempre se colocou à disposição para me ajudar no que fosse necessário. Ao meu namorado por ser um alicerce nessa fase tão corrida e difícil e por acreditar tanto em mim e no meu potencial. Aos meus amigos por terem escutado meus desabaços de cansaço e desânimo. Aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de conclusão do curso. Às pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

RESUMO

A prescrição de fórmulas infantis para recém-nascidos à termo em maternidades brasileiras é um assunto de extrema importância para a saúde infantil. O objetivo deste estudo foi propor uma reflexão sobre o uso de fórmulas infantis para recém nascidos em maternidades brasileiras. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com base em estudos publicados apenas com recém nascidos à termo e saudáveis, no idioma português e nos últimos 15 anos (estudos realizados a partir do ano de 2008). Foram encontrados 10 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados indicaram que as práticas de prescrição de fórmulas infantis variam, porém os motivos mais frequentes para essa prescrição foram o parto cesáreo, a falta de orientação acerca do AM para as mães e a utilização de mamadeiras e chupetas. Entre as práticas comuns observadas, estão a prescrição de fórmulas infantis sem indicação justificável para os recém-nascidos, levantando o questionamento dos motivos para essa ocorrência. Estes resultados indicam a necessidade de ações mais efetivas para melhorar a assistência às mães diante da prática do aleitamento materno e os seus benefícios, a fim de diminuir a prescrição de fórmulas em maternidades. Além disso, é importante garantir a educação e treinamento dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado neonatal destacando a importância da nutrição infantil.

Palavras-chave: Fórmulas infantis; Aleitamento Materno; Maternidades.

ABSTRACT

Baby formulas' prescription for neonate in Brazilian maternity units is a matter of utmost importance for infant health. This study aims to reflect using of infant formulas for neonates in Brazilian maternity units. An integrative literature review was conducted based on studies published within the last 15 years in Portuguese language and involving solely healthy neonates (studies conducted from 2008 onwards). Ten studies met the inclusion criteria. The results indicated that the practices of prescribing baby formulas vary, but the most frequent reasons for this prescription were Cesarean section, lack of guidance on breastfeeding for mothers, and the use of bottles and pacifiers. Among the common observed practices are the prescription of baby formulas without a legitimate indication for neonates, which raises questions about the reasons for this event. These outcomes indicate the need for effective measures to provide support to mothers during breastfeeding period and its benefits, in order to reduce the prescription of formulas in maternity units. In addition, it is crucial to provide education and training to healthcare professionals engaged in neonatal care, focusing on the significance of infant nutrition.

Keywords: Infant formulas; Breastfeeding; Maternity hospitals.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	Histórico sobre a evolução das recomendações para Aleitamento Materno Exclusivo	12
2.2	A entrada das fórmulas infantis no mercado brasileiro	15
2.3	Recomendação de fórmulas infantis em maternidades Brasileiras	17
3	OBJETIVOS	21
3.1	Objetivo Geral:	21
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO	27
7	CONCLUSÃO	31
8	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é de extrema importância para a manutenção do estado nutricional do recém nascido (RN), auxiliando na defesa contra infecções, além de estar diretamente ligada com a relação entre mãe e filho, facilitando o vínculo entre eles. (BRASIL, 2015).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o aleitamento materno pode ocorrer de diferentes maneiras e em momentos distintos da vida do bebê. No primeiro momento, que vai do nascimento aos 6 primeiros meses de vida, em condições normais, o leite materno (direto da mama ou ordenhado) deve ser o único alimento a ser oferecido ao bebê, segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Quando isso é possível, diz-se que o bebê está em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), isto é, não recebe nenhum outro tipo de alimento ou mesmo água.

Quando o leite materno é oferecido ao longo dos 6 primeiros meses de vida associado à oferta de água ou bebidas à base de água, como sucos ou chás, diz-se que o Aleitamento Materno é Predominante, pois o leite materno segue sendo a fonte nutricional mais importante para o bebê. Embora não seja ideal, o Aleitamento Materno Predominante ainda ocorre, muitas vezes por falta de esclarecimento e às vezes por impossibilidade da mãe e do bebê.

Por volta dos 6 meses, recomenda-se que se inicie a introdução alimentar. O Aleitamento Materno, portanto, deixa de ser exclusivo e passa, gradativamente, a ser complementado com outros alimentos a fim de que suas necessidades nutricionais sejam plenamente atendidas. A partir desse momento, de acordo com o Ministério da Saúde, o leite materno deixa de ser a fonte exclusiva de alimentação do bebê, mas deve se manter presente até pelo menos 2 anos ou mais de vida.

Há situações em que o leite materno é insuficiente para o lactente e não havendo disponibilidade de bancos de leite, torna-se necessário recorrer ao complemento com fórmulas infantis. Nestes casos, é necessário avaliar o tipo de fórmula e a quantidade indicada para cada caso. Nesta condição diz-se que o bebê está em Aleitamento Materno Misto ou Parcial (BRASIL, 2015).

Sabe-se que o leite materno quando de forma exclusiva até os 6 meses é o alimento mais adequado e completo para o bebê, contendo vitaminas e minerais

próprios para o bebê, protegendo-o de infecções, doenças e alergias (UNICEF, 2007). Apesar de todas as evidências sobre as propriedades do leite materno, ainda se vê sua associação ao uso de fórmulas infantis (SBP, 2017). Muitas vezes, a presença de fórmulas ocorre ainda durante a internação da mãe na maternidade. Sabe-se que esta prática pode trazer consequências para o Aleitamento Materno, dentre elas a redução da produção de leite pela lactante (Meirelles et. al. 2008).

Apesar das inúmeras consequências devido a utilização precoce de fórmulas infantis nas maternidades, sua prescrição pode, em alguns casos, ser justificada. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, entre os motivos que podem levar a suspensão temporária do leite materno para o recém nascido (RN) estão: genitora com herpes e lesões mamárias decorrentes; genitora que faz uso de alguns medicamentos (Ex.: drogas sedativas, psicoterápicas, etc) e uso de certas substâncias (ex.: cocaína, anfetamina, grandes doses de álcool).

Em alguns casos, durante a permanência do RN na maternidade, ainda que não seja necessária a suspensão do leite materno, recomenda-se que ele seja oferecido em conjunto com fórmulas infantis, como exemplo, nos casos em que o RN apresenta risco de hipoglicemia; quando o leite materno não consegue suprir as necessidade do bebê; quando o RN apresenta muito baixo peso ao nascer ou, ainda, quando eles são considerados muito prematuros, ou seja, com idade gestacional de até 32 semanas. (OMS, 2009).

Apesar da importância das fórmulas infantis, é importante ressaltar que, muitas vezes, elas são prescritas sem que haja justificativas adequadas. O uso indiscriminado dessas fórmulas poderá levar a prejuízos na saúde do RN, como também poderá dificultar o processo de produção láctea nos primeiros dias de vida. Com isso, o presente estudo se propõe a realizar uma revisão integrativa da literatura para elencar as principais razões para prescrição de fórmulas infantis a recém-nascidos a termo em maternidades brasileiras.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Histórico sobre a evolução das recomendações para Aleitamento Materno Exclusivo

Na segunda metade do século XVIII acontecia a segunda revolução industrial e com ela a entrada de muitas mulheres ao mercado de trabalho. Uma das consequências disso foi a redução do tempo de aleitamento materno, que passou a ser substituído por leites processados. Na época, a falta de conhecimento acerca da importância da amamentação e de leis que protegessem o direito da mãe e da criança, permitiu que a indústria de alimentos alegasse que os leites artificiais poderiam ser ótimos substitutos para uma boa nutrição do RN (Caminha et. al. 2010). Nesse período, segundo Caminha et. al. (2010), diante da oferta de leites artificiais para os bebês, grande número de óbitos de menores de 1 ano, devido diarreia e/ou desnutrição, foram observados. Destaca-se que era oferecido leite, por vezes, muito diluído, adicionado de açúcares (ex.: leite de vaca) para os recém nascidos. A partir das pesquisas realizadas à época e analisadas pela revisão mencionada, é admissível concluir que bebês alimentados com leite materno tinham chances bastantes reduzidas de ir à óbito por diarreia quando comparados aos bebês que faziam uso dos leites artificiais.

Ainda no século XVIII, Monteiro et. al. (2011) citam que nessa época o vínculo afetivo entre mãe e filho ficava comprometido entre mulheres de classes sociais mais elevadas, pois era comum a contratação de “amas de leite” a fim de que a amamentação não viesse a interferir na relação conjugal. Desse modo, os bebês eram entregues às “amas-de-leite” (escravas que serviam amamentando os recém nascidos) para que assim eles fossem alimentados. Ressalta-se ainda que o uso das “amas-de-leite” não foi suficiente para impedir o crescimento da mortalidade infantil, haja vista que este indicador continuou em crescimento (Monteiro et. al. 2011).

No final do século XIX, foi criada a prática da “puericultura”, que possuía relação direta com o aleitamento materno (Monteiro et. al. 2011). Esse termo surgiu em 1762, mas foi reafirmado em 1865 por um médico francês, onde conceitua como “um conjunto de ações voltadas para a manutenção da saúde e prevenção de doenças e o acompanhamento do desenvolvimento da criança”. A partir disso, o

olhar para a assistência materno-infantil cresceu. Desde então, a puericultura passou a fazer parte do sistema de saúde como meio fundamental para garantir a continuidade do cuidado e sua integralidade. Em 1882, a pediatria foi oficialmente constituída como especialidade, e em conjunto com a evolução dos estudos, influenciou na criação de políticas públicas voltadas para o público infantil (Albernaz et. al. 2022).

Com as mudanças do contexto social, econômico, político e científico ocorreram avanços no entendimento sobre as questões referentes à responsabilização pelo aleitamento materno, o qual passou a ser da mãe. Diante disso, foi imposto que as mães deveriam seguir normas rígidas para amamentar seus filhos e era suposto, ainda, que qualquer mulher fosse capacitada para o ato da amamentação. Nesse sentido, qualquer mulher que não conseguisse amamentar era considerada culpada por não nutrir bem o seu bebê, com exceção das mães que relataram hipogalactia (falta ou baixa produção de leite materno) (Monteiro et. al. 2011).

A hipogalactia passou a ser uma justificativa frequente para o grande número de casos de desmame precoce. Ao mesmo tempo, a introdução de rotinas hospitalares novas (entre elas: a separação dos bebês e de suas mães após o parto, abolição de mamadas noturnas, etc), culminaram no aumento dos casos de deficiência nutricional de bebês. Na época, essa deficiência foi vista como o fator mais importante para o grande número de casos de mortalidade infantil. (Caminha et. al. 2010)

No Brasil, no início do século XX, as fórmulas infantis foram sendo aprimoradas e o marketing foi sendo utilizado por indústrias alimentícias para incentivar o uso da alimentação artificial para os recém-nascidos. Um exemplo disso era a distribuição de kits de mamadeiras e de leites artificiais em maternidades públicas (Caminha et. al. 2010). Isso resultou em uma quantidade ainda maior de casos de desnutrição e de mortalidade infantil, o que levou as autoridades a analisar o uso de leites artificiais ofertados para os bebês. Após a referida análise, no fim do século XX, foram criadas políticas públicas para que houvesse o fortalecimento do aleitamento materno (Sena et. al. 2007).

Um marco importante das políticas públicas voltadas ao público materno infantil foi a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981. O PNIAM tem como objetivo principal a promoção da oferta de condições propícias ao aleitamento materno (Venancio et. al. 1998), e se inicia realizando campanhas bem elaboradas na mídia, a fim de estimular mais a prática da amamentação e a criação de outras políticas públicas com foco nesse tema (Monteiro et. al. 2011).

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal feita pelo Ministério da Saúde, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) entre os anos de 1999 e 2008 no Brasil aumentou cerca de 15,7%. Dentre as regiões do Brasil, no Nordeste esse aumento foi de apenas 4,8%, sendo a região com o menor crescimento entre os anos analisados. Porém, na cidade de Recife, em Pernambuco, houve um aumento de 22,5% da prevalência, havendo assim uma diferença significativa entre a região Nordeste de forma geral, sendo a capital da região com maior crescimento. Diante disso, concluiu-se que apesar de limitado, todas as regiões apresentaram crescimento durante o decorrer dos anos. Sendo assim, entende-se que uma maior quantidade de estudos/informações sobre a importância do AME e o crescimento de políticas públicas sobre o tema, contribuíram para esse crescimento. Com isso, acredita-se que a população, com o passar dos anos, tende a aumentar cada vez mais o aleitamento, reconhecendo e valorizando suas necessidades e benefícios (Ministério da Saúde, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o AME está relacionado com a redução da mortalidade infantil, se ofertado até os 6 meses de idade. Isso ocorre porque o leite materno é um alimento completo para essa fase da vida, suprimindo todas as necessidades do bebê. Além de ser de fácil digestão, ele contribui também para o combate de doenças e auxilia no crescimento e no desenvolvimento do bebê (UNICEF).

Muitas iniciativas contribuíram para o aumento do índice de AME no Brasil. Uma dessas iniciativas foi o aumento do número de salas de apoio à amamentação em hospitais públicos e privados. No Brasil, existem cerca de 200 salas certificadas pelo Ministério da Saúde, com a capacidade de auxiliar cerca de 140 mil mulheres

para retirada do leite e armazenamento de forma correta. Outra estratégia importante foi a criação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR). Essa rede está presente em todos os estados brasileiros com o fim de oferecer assistência às lactantes, sendo uma das principais alternativas para redução da mortalidade infantil (Brasil, 2022). De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a rBLH-BR tem como objetivo a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno, atuando na coleta e distribuição de leite humano de qualidade certificada. No ano de 2001, a Organização Mundial da Saúde reconheceu que a rBLH-BR, na década de 1990, foi uma das ações que mais contribuíram para redução da mortalidade infantil no mundo.

Por fim, conclui-se que a implementação de políticas públicas voltadas para o cuidado materno-infantil tem contribuído para melhorar os índices relacionados ao aleitamento materno. Aliado a isso, o maior acesso às informações por parte das lactantes têm auxiliado a consolidação dessa prática.

2.2. A entrada das fórmulas infantis no mercado brasileiro

Em 1890, surgem as “fórmulas infantis”, quando médicos diluem o leite da vaca e adicionam a eles compostos químicos variados a fim de atender as necessidades dos bebês, sendo utilizado como substituto do leite materno. Desse modo, a indústria passa a ver uma oportunidade para o lucro, criando assim uma vasta quantidade de tipos de fórmulas industrializadas (Ministério da Saúde, 2009).

A partir daí, por volta do ano de 1940, a médica jamaicana Cicely Williams começa a associar o uso dessas fórmulas à deficiência de proteínas e vitaminas dos bebês e médicos passam a desaconselhar o seu uso. Apesar das evidências desfavoráveis ao uso de fórmulas infantis, as propagandas aumentavam e os rótulos dos produtos se tornavam cada vez mais atraentes ao público. Com o passar do tempo, as indústrias passaram a divulgar informações dos produtos em revistas médicas, com o objetivo de estimular os médicos a prescreverem tais fórmulas (Ministério da Saúde, 2009).

Como consequência do aumento do uso de fórmulas infantis e o empenho das indústrias para isso, muitas latas eram destinadas às unidades de saúde em forma de doação, as mães levavam-as para casa logo após a saída da maternidade,

estando ou não amamentando o recém-nascido. Além disso, informativos eram entregues às mães, que continham o modo de preparo desse leite artificial. Desse modo, pode-se perceber que a amamentação não era estimulada como deveria, não sendo vista como essencial (Ministério da Saúde, 2009).

No Brasil, a produção de fórmulas infantis aumenta consideravelmente entre os anos de 1970 e 1977, o que intensifica ainda mais a baixa frequência do aleitamento materno e sua menor estimulação. Mas, em contrapartida, pesquisadores começaram a se dedicar aos estudos sobre a importância do aleitamento materno (Verrumo M, 2022). Foram também publicados na época, estudos que mostraram os malefícios do uso dessas fórmulas, citando suas deficiências nutricionais, arriscando, assim, a saúde dos bebês. Diante disso, os prejuízos causados pelo uso exclusivo delas eram justificados pelas indústrias, referindo que eram utilizadas de forma indevida, responsabilizando os usuários (Ministério da Saúde, 2009).

Pouco a pouco, o poder público passa a entender a importância do aleitamento materno, observando, a partir de evidências científicas, a necessidade da criação de políticas que controlassem as propagandas e a entrega deliberada desses produtos, a fim de diminuir o número de mortalidade infantil, protegendo a saúde das crianças. Em 1981, o Ministério da Saúde funda o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que tem como objetivo a educação das mães para a importância do aleitamento materno e a proteção das mesmas diante das propagandas feitas pelas indústrias para o consumo de fórmulas infantis. Anos depois, o governo brasileiro dá mais um passo para a regulamentação do comércio de fórmulas infantis, com a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL). Com essa norma, passou a haver maior fiscalização na comercialização indevida das fórmulas e demais produtos que pudessem interferir no aleitamento materno (Ministério da Saúde, 2009). Atualmente na NBCAL, uma das normas diz respeito a não promoção comercial indiscriminada de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, a fim de proteger cada vez mais a saúde do bebê (Ministério da Saúde 2021).

No mesmo ano que foi lançado o PNIAM, também se fundava o IBFAN (Rede Internacional Em Defesa Do Direito De Amamentar), que permitia que voluntários

(sociedade civil de forma geral) também pudessem fiscalizar o uso indevido de fórmulas e produtos que pudessem incentivar o desmame precoce. Além disso, também monitorava o cumprimento da NBCAL, denunciando as violações aos órgãos competentes (Ministério da Saúde, 2009).

Em 1993 há uma mudança nas chamadas “curvas de crescimento”, a antiga National Center for Health Statistics (NCHS, 1977), pois a OMS observou que as crianças saudáveis que eram alimentadas com leite materno apresentavam um padrão de crescimento diferente. Com isso, entre os anos de 1997 e 2003, novos dados foram obtidos de diversas etnias, a fim de originar uma nova curva, tendo como referência os índices de crescimento alcançados pelas crianças amamentadas. Surge, então, as novas curvas de crescimento (WHO, 2006), estimulando ainda mais o aleitamento materno e desestimulando o uso de fórmulas infantis (Castilho et. al. 2010). Dito isso, percebe-se portanto que uma rede de proteção é formada com o objetivo de garantir o direito à mulher de amamentar e à criança, o direito à saúde.

2.3. Recomendação de fórmulas infantis em maternidades Brasileiras

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de proteger e apoiar ainda mais o aleitamento materno. Essa iniciativa foi iniciada no Brasil após 2 anos da sua criação, sendo uma ação utilizada no Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNAIM) existente no país. O IHAC se torna, então, um selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno, que são eles:

1º) Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde. 2º) Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política. 3º) Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno. 4º) Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. 5º) Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica. 6º) Não oferecer aos

recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica. 7º) Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia. 8º) Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda. 9º) Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas. 10º) Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Segundo o Ministério da Saúde, esses passos são recomendações que auxiliam na amamentação com práticas e orientações desde o período pré-natal até o momento que a mãe e o RN retornam para casa. Nota-se que desde que essa iniciativa foi fundada, há um apoio para a ocorrência do Aleitamento Materno na Primeira Hora de Vida (AMPHV), visto que um dos passos (o de número 4) é descrito como “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento”. Desse modo, faz-se necessário o auxílio dos profissionais para com a mãe nesse primeiro momento após o nascimento do bebê, a fim de estimular ainda mais a amamentação, já que essa prática é de extrema importância no curso do aleitamento materno do recém nascido (Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com o artigo de Oddy WH publicado em 2013 no Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o aleitamento materno na primeira hora de vida reduziu os casos de mortalidade neonatal em 22%. Ele cita também que quanto maior o tempo de atraso para o início da amamentação, maior a chance de infecções para o bebê. Isso ocorre devido ao efeito protetor presente no leite materno, que, além de gerar uma proteção no intestino do RN com bactérias benéficas, também auxilia na geração de um sistema imunológico adequado para ele (Oddy WH, 2013). A partir disso, entende-se que o aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê é um ponto importante na prevenção de infecções e de doenças, e no estabelecimento do aleitamento materno exclusivo, visto que o recém-nascido é estimulado a amamentação logo quando nasce. (Ramiro et. al. 2021).

Em contrapartida, há casos em que não é possível que haja o AMPHV, assim como o aleitamento materno exclusivo, sendo ofertados para esses bebês fórmulas infantis. Essas fórmulas têm como objetivo suprir as necessidades dos recém-nascidos quando condições restringem a amamentação. Em sua maioria, são

indicadas em casos relacionados a impossibilidade das mães, seja por doenças infecciosas maternas ou por uso de fármacos contra indicados para a amamentação (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com o guia para profissional da saúde do Ministério da saúde, publicado em 2009, existem motivos “justificáveis” para a oferta de fórmulas infantis. Dentre eles, ele cita os relacionados com o RN e os relacionados com as mães.

Em relação aos casos relacionados aos bebês, as fórmulas infantis devem ser oferecidas em alguns casos, como: galactosemia, pois a lactose precisa ser eliminada da dieta, sendo ofertadas fórmulas isentas de lactose. Casos de fenilcetonúria, onde os bebês não precisam necessariamente serem privados do leite materno, porém se faz necessária a dosagem frequente de fenilalanina no sangue. Caso esteja elevada o leite materno precisa ser parcialmente substituído por fórmulas com menor teor de aminoácido. Têm-se também os casos de recém nascidos pré-termo ou de muito baixo peso ao nascer, que é avaliado de forma individual a condição do RN, e em alguns deles se faz necessária a introdução de fórmulas para ganho de peso mais rapidamente (Ministério da Saúde, 2009).

Em relação aos casos relacionados às mães (que são mais frequentes), as fórmulas infantis devem ser oferecidas em alguns casos, como: uso de fármacos e outras substâncias, como álcool, drogas de abuso ou ilícitas. De forma geral, é necessário que haja uma avaliação do uso, da quantidade e da capacidade da mãe em cuidar do bebê, se elas são ou não droga-dependentes. Nesses casos, as mães droga-dependentes não é recomendado que haja amamentação, fazendo necessário o uso de fórmulas. Já as que usam drogas de forma ocasional, o recomendado é suspender a amamentação, ordenhar e descartar o leite após 24 a 36 horas de uso, sendo assim, a introdução de fórmula nesse período é recomendada. No caso do uso de álcool em quantidade reduzida, deve-se esperar de 3 a 4 horas para amamentar, avaliando a necessidade da introdução da alimentação artificial nesse período. Outro motivo para o uso de fórmulas infantis é no caso de infecções maternas, como mães HIV positivo, herpes simples (quando há lesões mamárias aparentes), doença de chagas (na fase aguda da doença) e abscesso mamário (no caso das duas mamas estarem afetadas) (Ministério da Saúde, 2009).

É importante ressaltar, ainda, que o uso de fórmulas infantis é essencial na impossibilidade do aleitamento materno ou da relactação, pois quando comparadas ao leite de vaca integral, possuem melhor desenvolvimento do cérebro, do intestino e do sistema imunológico. Além disso, o leite de vaca integral quando oferecido no primeiro ano de vida do bebê pode levar a alterações na microbiota intestinal e aumento da obesidade, devido seu excesso de proteína, sódio, potássio e cloro, além de falta de vitaminas e minerais importantes para o desenvolvimento do bebê. Com isso, conclui-se que o uso das fórmulas infantis, apesar de qualitativamente incomparável com o leite materno, tem o objetivo de trazer benefícios nos casos em que a amamentação não é possível (SBP, 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor uma reflexão sobre o uso de fórmulas infantis para recém nascidos em maternidades brasileiras.

4 METODOLOGIA

O estudo se caracteriza como uma revisão integrativa da literatura, buscando sintetizar os resultados sobre a prescrição de fórmulas infantis para recém nascidos a termo em maternidades brasileiras.

Levantamento Bibliográfico

Os dados foram coletados dentro da plataforma Scielo, com os descritores: “fórmulas infantis”, “aleitamento materno”, “maternidades brasileiras” e “recém nascidos a termo”. Além disso, foram realizadas também buscas manuais nas listas de referências dos artigos selecionados.

Critérios de elegibilidade

Foram definidos os critérios de inclusão como: Recém nascidos à termo saudáveis, estudos realizados somente em maternidades brasileiras, artigos publicados apenas no idioma português e nos últimos 15 anos (estudos realizados a partir do ano de 2008). E os critérios de exclusão: Recém nascidos pré termo, recém nascidos não saudáveis, artigos publicados em língua estrangeira ou fora do período selecionado.

Seleção e extração de dados

Foi feita a identificação do tema e seleção da pergunta norteadora (“Quais os principais motivos alegados para prescrição de fórmula logo após o nascimento em maternidades brasileiras?”), e então o estabelecimento de critérios para inclusão/exclusão dos artigos selecionados. Após isso, houve a seleção dos artigos

a serem utilizados, com a leitura dos resumos e avaliação se seriam incluídos na revisão integrativa. Dos 1.215 artigos encontrados, 1187 foram excluídos após a leitura dos resumos, restando 28 artigos, os quais foram lidos na íntegra, sendo excluídos 19 publicações após a aplicação dos critérios de exclusão. Nove artigos foram escolhidos, sendo mais um selecionado a partir das referências de outro artigo. Desse modo, os artigos incluídos tiveram seus resultados interpretados e discutidos, decorrendo a revisão e síntese do conhecimento. (MENDES et al, 2008).

Quadro 1: Demonstração quantitativa da seleção dos artigos

Bases	SCIELO			
	“fórmulas infantis”	“aleitamento materno”	“maternidades brasileiras”	“recém nascidos a termo”
Encontrados	40	1.153	10	12
Excluídos	40	1.144	10	12
Selecionados	0	9	0	0

Fonte: elaborado pelo autor

5 RESULTADOS

O quadro a seguir apresenta as características gerais dos estudos selecionados, incluindo ano de publicação, autores, título do artigo, objetivos, participantes e os principais resultados.

Nº	Ano/Autores	Título do artigo	Objetivos	Participantes	Resultados
1	2011/ Mércia Natália Macêdo Belo; Pedro Tadeu Álvares Costa Caminha de Azevedo; Marcela Patricia Macêdo Belo; Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva; Malaquias Batista Filho; José Natal Figueiroa; Maria de Fátima Costa Caminha.	Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência	Identificar a prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida, os fatores associados e as razões para sua não ocorrência em um Hospital Amigo da Criança	562 mães e recém-nascidos	Dos 562 RN, apenas 174 (31%) mamaram na 1ª hora de vida. Das 388 mães que não amamentaram na 1ª hora de vida, foram destacadas 3 principais razões para a não ocorrência da amamentação: a) Problemas de saúde do RN; b) Problemas de saúde materna; c) Atraso no resultado do teste rápido anti-HIV. Ressalta-se que em cada caso pode ter ocorrido mais de uma razão. 11 crianças não apresentaram qualquer justificativa para não serem amamentadas e 12 tiveram como razão apenas o atraso no resultado do teste rápido anti HIV.
2	2014/ Eliana Roccil; Rosa Aurea Quintella Fernandes	Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce	Verificar o tempo médio do aleitamento materno exclusivo (AME) de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança (IHAC) e relacioná-lo com as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê, dificuldades na amamentação e orientações recebidas	225 mães entrevistadas	O monitoramento do AME demonstrou mediana de 113 dias e 34,1% das mães amamentaram exclusivamente por 180 dias. Houve correlação estatisticamente significativa entre o tempo de AME e dificuldades na amamentação. Não houve correlação entre o tempo de AME e as variáveis: estado civil, idade materna, peso do recém-nascido e orientações recebidas.

					Houve diferença significativamente maior de desmame aos 60 dias nas mulheres que tiveram dificuldade na pré-alta.
3	2015/ Leylla Lays Alves e Silva; Ingrid Pereira Cirino; Marcela de Sousa Santos; Edina Araújo Rodrigues Oliveira; Artemizia Francisca de Sousa; Luisa Helena de Oliveira Lima	Prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores de risco	Investigar a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) ao nascer e seus fatores de risco.	546 nascidos no alojamento conjunto de um hospital público de referência do município de Picos – PI	A maioria dos recém-nascidos (92,7%) encontrava-se em AME. Uma pequena proporção destes recebeu água, chá ou outro nutriente, estando 2,9% em AM predominante, 1,1% em AM misto e 1,1% em aleitamento artificial. Cerca de 3,1% das mães consideram seu leite insuficiente para saciar a fome do recém-nascido e 3,7% relataram que a criança não queria mamar, e, portanto, foi introduzida um complemento alimentar.
4	2016/ Bruna Alibio Moraes; Annelise de Carvalho Gonçalves; Juliana Karine Rodrigues Strada; Helga Geremias Gouveia	Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias.	Identificar fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes com até 30 dias de vida.	341 lactentes com até 30 dias de vida e suas mães	Prevalência de 79,5% de AME. Lactentes \geq 21 dias, que receberam complemento lácteo no hospital, mães com dificuldade de amamentação pós-alta hospitalar e não-brancas apresentaram associação à interrupção do AME.
5	2016/ Josilene Maria Ferreira Pinheiro; Taiana Brito Menêzes; Kátia Maria Fernandes Brito; Andressa Názara Lucena de Melo; Dayanna Joyce Marques Queiroz; Thaiz Mattos Sureira.	Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos	Identificar a prevalência da utilização de suplemento alimentar em recém-nascidos e avaliar as características, os solicitantes e os motivos justificados para sua utilização em um "Hospital Amigo da Criança"	113 díades mãe e filho do hospital universitário "Amigo da Criança", Rio Grande do Norte.	Maior frequência da utilização de fórmulas em mães entre 18-35 anos (95); tipo de parto cesárea (69) e maior grau de escolaridade (50). As maiores indicações para a utilização foram hipogalactia (81), dificuldade de pega (13) e dificuldade de sucção (12). Houve também maior número de solicitações de suplementação por parte da equipe de

					enfermagem (61). As prescrições/ solicitações foram feitas nas primeiras 6 horas de vida, sem que o RN estivesse apresentando qualquer uma das indicações ou condições que impossibilitassem o contato pele a pele e a amamentação.
6	2017/ Priscilla Keylla Santos Sousa; Taiane Gonçalves Novaes; Elma Izze da Silva Magalhães; Andressa Tavares Gomes; Vanessa Moraes Bezerra; Michele Pereira Netto; Daniela da Silva Rocha	Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo no sudoeste da Bahia	Analisar a prevalência e os fatores associados ao AMPHV em Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.	388 puérperas	A maior escolaridade materna foi associada a menor prevalência de AMPHV, contrapondo diversos estudos internacionais que apontam a maior escolaridade materna como um fator de proteção contra o não AMPHV. No que diz respeito às variáveis relacionadas à assistência pré-natal, o recebimento de orientações sobre como colocar a criança no peito mostrou-se positivamente associado ao AMPHV.
7	2018/ Juliane Lima Pereira da Silva; Francisca Márcia Pereira Linhares; Amanda de Almeida Barros; Auricarla Gonçalves de Souza; Danielle Santos Alves; Pryscila de Oliveira Nascimento Andrade.	Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança	Avaliar os fatores associados à prática do aleitamento materno na primeira hora pós-parto.	244 puérperas internadas no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas, Recife, Brasil	Os resultados do estudo, deixaram evidentes os fatores que conferiram proteção à prática da amamentação na primeira hora foram a presença do profissional enfermeiro na sala de parto, o peso do RN ser igual ou maior a 3000 gramas e o contato pele a pele entre mãe e filho. O parto vaginal também foi considerado fator de proteção para o AMPHV.
8	2019/ Floriacy Stabnow Santos; Narcisa Gomes Ribeiro; Laise Sousa Siqueira; Francisca Bruna Arruda Aragão; Lívia Maia	A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança em maternidade de referência	Identificar a frequência e a prática da quarta etapa da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em uma maternidade de referência no	254 prontuários.	Menos da metade das crianças estudadas realizou a quarta etapa da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, assumindo que o parto cesáreo foi a principal indicação para o

	Pascoal; Marcelino Santos Neto		sudoeste do Maranhão		abandono dessa etapa e o parto normal foi considerado como fator contribuinte para tal.
9	2020/ Vanessa Aparecida Gasparin; Juliana Karine Rodrigues Strada; Bruna Alibio Moraes; Thaís Betti; Érica de Brito Pitilin; Lilian Cordova do Espírito Santo	Fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no pós-parto tardio	Identificar os fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo e verificar a justificativa para introdução de outros líquidos no pós-parto tardio, de mães e crianças atendidas por consultoras em aleitamento materno.	150 com mães e crianças	Ao final do seguimento 52,5% dos sujeitos estavam em AME e 13 crianças haviam sido desmamadas, sendo três antes dos primeiros 15 dias. O parto vaginal, a não utilização de chupeta ou mamadeira e a busca por ajuda profissional após a alta se associaram a manutenção do AME no pós-parto tardio. Os motivos alegados para a introdução de água, chá, e substitutos do leite materno foram respectivamente: sede, cólicas abdominais e choro da criança.
10	2021/ Josilene Maria Ferreira Pinheiro; Taiana Brito Menêzes Flor; Amanda Michelly Braga da Mata; Vanessa Cristina da Costa Pires; Luana Isabelly Carneiro de Oliveira; Wanessa Pinheiro de Macedo Barbosa; Fábia Barbosa de Andrade	Prevalência da oferta de complemento alimentar para o recém-nascido	Identificar a prevalência e os fatores determinantes da oferta do complemento alimentar para o recém-nascido (Natal/BR)	415 mães, e recém-nascido s à termo.	Dos 415 recém-nascidos, 51,3% receberam complemento (57,6% na primeira hora de vida), dos quais 92% com fórmula infantil. A deficiência de colostro foi o principal motivo de indicação. A idade materna \leq 20 anos e entre 20-30 anos em comparação com mulheres acima de 30 anos, mostrou-se como fator de proteção, enquanto ser primípara e o parto cesárea como fatores de risco.

De acordo com os dados analisados no quadro acima, é possível fazer uma análise acerca dos artigos selecionados. Dos 10 artigos, quatro citam sobre o aleitamento materno na primeira hora de vida e seus fatores associados. Dois citam sobre a prevalência e os motivos relacionados à prescrição de fórmulas infantis. E, por fim, quatro citam sobre os fatores de risco referentes à interrupção e

manutenção do aleitamento materno exclusivo. É possível analisar também que existem sete artigos que trazem como metodologia o estudo transversal, dois apresentam estudo de coorte e um do tipo estudo documental.

6 DISCUSSÃO

De acordo com os estudos abordados na presente revisão, as razões para a prescrição de fórmulas ainda na maternidade são variadas. Tais justificativas são relativas aos bebês, às mães ou a ambos. Dentre os motivos mais comuns estavam: problemas de saúde com o RN, problemas de saúde com a mãe, alegação de insuficiência de leite materno por parte da puérpera, dificuldade na pega, dificuldade na sucção, parto cesárea entre outros. Apesar das evidências acerca da importância da mamada na primeira hora de vida para o estabelecimento da amamentação, alguns estudos mostram que esse procedimento é falho em muitas maternidades e isso pode contribuir para a prescrição de fórmulas infantis ainda na maternidade.

Segundo Pinheiro et. al. (2021) o aleitamento materno na primeira hora (AMPHV) de vida tem papel importante para redução da oferta de complemento alimentar para o bebê. De acordo com Belo et. al. (2011) em um estudo realizado em Recife-PE, um dos principais motivos para a não ocorrência do AMPHV, são os problemas de saúde, tanto do RN quanto da mãe. Porém, ele cita que em 288 puérperas que não conseguiram amamentar na primeira hora de vida, 199 revelaram que um dos motivos para a não ocorrência foi o atraso no resultado do teste rápido de HIV. Situação essa que levanta um questionamento sobre as razões para a demora do resultado e seu impacto sobre a prevalência do aleitamento materno e oferta de substitutos para esses bebês.

Foi possível notar, que no estudo feito por Santos et. al. (2019), um fator determinante para a não ocorrência do AMPHV foi o parto cesárea. No estudo, apenas 27% das mães que tiveram esse tipo de parto conseguiram realizar esse ato. Em contrapartida, 90,5% das que tiveram parto vaginal amamentaram na primeira hora de vida. Além disso, Silva et. al. (2018) também mostraram que o parto vaginal se torna um fator de proteção para o AMPHV, estimulando ainda mais a amamentação e, conseqüentemente, desestimulando o uso de fórmulas infantis.

Pinheiro et. al. (2021) ainda reforçam essa afirmação, citando sobre prevalência da oferta de complemento alimentar para os recém nascidos, e mostra que bebês nascidos de parto cesárea e os que não mamaram na primeira hora de vida tiveram maior percentual na oferta de complemento alimentar (em 92% dos casos foram oferecidas as fórmulas infantis).

Os estudos mostram que incentivar o AMPHV tem uma correlação importante com as razões que levam a menor ocorrência de uso de fórmulas infantis. Assim, bebês que não são estimulados a amamentação desde o momento do nascimento podem ser levados a ingestão mais frequente de fórmulas infantis. Essa situação é citada pelo estudo feito no estado do Rio Grande do Norte por Pinheiro et. al. (2016), que avalia a prevalência da utilização de suplemento alimentar em RN e os motivos justificados para o uso. Nele é apontado que a prescrição/solicitação de fórmulas infantis foi feita para 64 bebês nas primeiras 6 horas de vida, sem que a maioria apresentasse motivos justificáveis para a oferta ou qualquer indicação que fosse um impeditivo para a amamentação. Em associação a isso, o estudo de Pinheiro et. al. (2021) traz que em 213 bebês que receberam o complemento, 23,9% também não apresentaram motivos em prontuário para essa oferta. Com isso, é necessário que haja uma reflexão diante dessas solicitações/prescrições sem motivos considerados justificáveis.

Gasparin et. al. (2020) também reforçam que o parto vaginal tem maior efeito protetor para a amamentação do que o parto cesáreo, pois, no seu estudo, o parto vaginal foi fator significativo para uma maior prevalência da amamentação. Contudo, nesse mesmo estudo, 38% das mães ofereceram substitutos do leite materno no pós-parto tardio (em até 30 dias do nascimento do bebê). O motivo mais prevalente para essa oferta foi o choro do RN à percepção do leite fraco. As mães associaram o choro à fome, e conseqüentemente, ao “leite fraco” e com isso, ofertaram complementos. Vale ressaltar que essa oferta é feita em mamadeiras, o que também é um fator importante para o desmame precoce, pois foi visto nesse estudo que a não utilização de mamadeiras e chupetas auxiliou na manutenção do aleitamento materno exclusivo por mais tempo. De acordo com Silva et. al. (2015), também foram analisados motivos para a não amamentação exclusiva e um dos principais foi o “leite insuficiente para saciar a fome” e o número de mães que ofertaram

mamadeiras e chupetas para os RN's foi significativo, dificultando, assim, a amamentação.

Diante do exposto, é necessário levantar um questionamento acerca da importância de informações passadas para gestantes e puérperas a respeito da amamentação visto que, quando há uma menor entrega de orientações e menos informações são passadas para as mães, mais comum é o desmame precoce e a oferta de fórmulas infantis não justificadas, tanto pela falta de informação e apoio para amamentar corretamente, quanto pela falta de informação da qualidade do leite materno. No estudo de Sousa et. al. (2017), é possível observar isso, pois um motivo relevante para a ocorrência do AMPHV, foi a entrega de orientações para as mães sobre o ato da amamentação. Houve uma maior prevalência de AM quando as mães eram orientadas sobre o assunto. É importante ressaltar que, de acordo com a UNICEF (2007), não existe leite materno fraco. Entretanto, muitas vezes as mães não sabem a forma correta de amamentar e, por esse motivo, os recém nascidos não conseguem ingerir uma quantidade suficiente de leite, fazendo com que venha a chorar. Algumas mães, então, por falta de conhecimento, supõem que seja o leite materno fraco, oferecendo as fórmulas infantis como substituto.

Moraes et. al. (2016) ainda mostram que lactentes que receberam fórmula láctea como complemento no hospital tiveram o AME interrompido duas vezes mais do que aqueles que não receberam. Cerca de 80 recém-nascidos receberam fórmula como complemento no hospital, e, desse número, uma taxa de 42% teve o aleitamento materno exclusivo interrompido no primeiro mês de vida. Já os que não receberam (261 RN's), apenas 13% tiveram o AME interrompido no primeiro mês. Além disso, outro dado que merece destaque diz respeito aos pacientes que receberam alta hospitalar com orientações sobre o AM, haja vista que do grupo de pacientes que estava em AME, apenas 15% interromperam-o no primeiro mês. Situação diferente ocorreu no grupo que estava com o aleitamento materno associado à fórmula láctea, no qual 91,3% tiveram essa interrupção. Pode-se concluir, assim, que quando as fórmulas infantis não são oferecidas até o momento da alta, há uma maior prevalência do aleitamento materno exclusivo por mais tempo.

Ainda sobre o artigo citado acima, um dos motivos evidenciados para a oferta de complemento lácteo foi a dificuldade de sucção. Já no estudo feito por Pinheiro

et. al (2021), 23,5% tiveram como motivo, também, a dificuldade de sucção e pega. Esse cenário leva ao questionamento do que pode ser feito para uma melhora da assistência em relação ao aleitamento materno nas maternidades.

7 CONCLUSÃO

Dessa maneira, é possível concluir que o parto cesáreo, a falta de orientação acerca do AM para as mães e a utilização de mamadeiras e chupetas são fatores de risco para o aleitamento materno visto que, quanto maior a ocorrência deles, maior será a oferta de fórmulas infantis e menor a prevalência do AM. Além disso, também é citado nos estudos realizados a respeito da prescrição dessas fórmulas sem qualquer indicação ou motivo justificado, levantando, assim, o questionamento sobre essa ocorrência.

Diante do que foi exposto na revisão, infere-se que apesar de todos os esforços para estímulo ao aleitamento materno a partir do nascimento, ainda há muito o que fazer para protegê-lo nas próprias maternidades. Além disso, faz-se necessário estudos e revisões de procedimentos sobre os verdadeiros motivos para prescrição de fórmulas infantis em maternidades, a fim de entender a ocorrência dessas prescrições sem motivos justificados. Por fim, é importante rever as situações em que as fórmulas infantis são ofertadas com justificativas, porém torna-se essencial que, nessas situações, haja melhor assistência e orientação às mães a fim de evitar que, ao sair da maternidade, o uso de fórmulas seja mantido.