

PREVALÊNCIA DO USO DE FÓRMULAS INFANTIS EM LACTENTES ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

PREVALENCE OF USE OF CHILDREN'S FORMULAS IN INFANTS CARED FOR IN PRIMARY HEALTH CARE

Luiane Rose Santos da Silva - nanny.rss.mns@gmail.com

Nutricionista. Residente em Nutrição Clínica com ênfase em Pediatria e Terapia Nutricional, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Tialla Ravenna Santos de Oliveira - tiallasantos@yahoo.com

Nutricionista. Especialista em Gestão em Saúde.

Mestranda em Saúde da População Negra e Indígena, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Daniela Freire Sousa Ribeiro - danisaj@gmail.com

Nutricionista. Especialista em Gestão de alimentação e Nutrição.

Mestre em Microbiologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB

Jerusa da Mota Santana - jersanutri@ufrb.edu.br

Professora Adjunta do Curso de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Resumo: Introdução: A oferta de fórmulas infantis em crianças menores de seis meses é prevalente no Brasil e quando empregada de forma indiscriminada e sem prescrição nutricional pode causar prejuízos à saúde da criança. **Objetivo:** Identificar a prevalência da oferta de fórmula infantil em lactentes atendidos na Atenção Primária à Saúde de um município do Sudoeste da Bahia. **Metodologia:** Estudo Transversal, realizado com 75 crianças e suas genitoras em Centros de Saúde no município de Jequié, Bahia no período de março à agosto de 2018. Foram coletados dados sociais, econômicos, de saúde e sobre padrão de aleitamento materno e introdução de outros alimentos, a exemplo da fórmula infantil. Empregou-se a estatística descritiva para análise dos dados. **Resultados:** As genitoras apresentavam em sua maioria baixa escolaridade, renda menor igual a um salário mínimo, casados/união estável, evangélicas e raça/cor: parda/preta. Identificou-se que 58,7% das mães receberam orientações sobre a alimentação infantil ainda na maternidade, porém a prevalência de oferta de fórmula infantil foi 42,3%. **Conclusão:** Este estudo revelou elevada prevalência do uso de fórmulas infantis em crianças menores de 6 meses, apesar

das genitoras terem recebido orientações sobre a importância da amamentação exclusiva na maternidade, sugerindo a necessidade de promoção e apoio à amamentação desde a assistência pré-natal, no intuito de reduzir o uso de fórmulas infantis e promover o aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Nutrição da Criança; Alimentos Formulados

Abstract: Introduction: The supply of infant formulas to children under six months of age is prevalent in Brazil and when used indiscriminately and without nutritional prescription can cause harm to children's health. **Objective:** To identify the prevalence of infant formula in infants treated in Primary Health Care in a municipality in the Southwest of Bahia. **Methodology:** Cross-sectional study, carried out with 75 children and their mothers in Health Centers in the city of Jequié, Bahia, from March to August 2018. Social, economic, health and breastfeeding data were collected and the introduction of others food, such as infant formula. Descriptive statistics were used for data analysis. **Results:** Most mothers had low education, income less than one minimum wage, married/stable union, evangelical and race/color: brown/black. It was identified that 58.7% of mothers received guidance on infant feeding while still in the maternity ward, but the prevalence of infant formula supply was 42.3%. **Conclusion:** This study revealed a high prevalence of the use of infant formula in children under 6 months of age, despite the mothers having received guidance on the importance of exclusive breastfeeding in the maternity ward, suggesting the need to promote and support breastfeeding from prenatal care, in order to reduce the use of infant formula and promote exclusive breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; Child nutrition; Formulated foods.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), crianças com até seis meses de vida devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno (LM), isso quer dizer, sem a oferta de qualquer outro alimento líquido ou sólido, com exceção de suplementação vitamínica medicamentosa. E a partir do sexto mês de vida preconiza-se a introdução alimentar com a oferta de alimentos in natura ou minimamente processados (submetidos a algum processo, mas que não envolvam agregação de substâncias ao alimento original) ¹⁻²⁻³.

O aleitamento materno exclusivo (AMEX) constitui-se em fator protetivo para adequado crescimento e desenvolvimento infantil¹, oferece nutrição e imunização⁴, maturação das células e da microbiota intestinal⁵⁻⁶, com repercussões positivas na formação do hábito alimentar⁷ em 36

ciclos imediatos e posteriores da vida.

Apesar destes benefícios, observa-se que a prática do aleitamento materno exclusivo (AMEX) no Brasil ainda está aquém do preconizado pela OMS/MS. Dados epidemiológicos atuais revelam que a prevalência AMEX aumentou de 2,9%⁸ para 45,7%⁹ entre as crianças com menos de seis meses de idade, com diferenças regionais importantes, sendo a região nordeste a que apresenta o menor percentual.

Na impossibilidade do AMEX, a segunda opção recomendada para alimentar os lactentes é a fórmula infantil (FI)², esta é balanceada nutricionalmente de acordo com a fase da vida, sendo a fórmula de partida (FP) aquela cuja composição foi alterada ou especialmente formulada para atender às necessidades específicas decorrentes de alterações fisiológicas e/ou doenças temporárias ou permanentes e/ou para a redução de risco de alergias em indivíduos predispostos de lactentes até o sexto mês de vida (5 meses e 29 dias)¹⁰⁻¹¹.

Dados epidemiológicos com crianças brasileiras menores de 6 meses revelam prevalência do uso de FI na ordem de 29,3%, indicando que na maioria das vezes a introdução deste complemento é realizado sem ter contraindicações do leite materno¹¹ e acontece ainda na maternidade¹²⁻¹³.

O lactente não amamentado necessita de acompanhamento nutricional frequente, com avaliação do alcance das necessidades nutricionais, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para que estes aconteçam o mais próximo do padrão recomendado pela OMS para crianças saudáveis em AME¹⁴⁻¹⁵.

Assim, este estudo tem como objetivo identificar a prevalência da oferta de fórmula infantil em lactentes atendidos na atenção primária à saúde de um município do Sudoeste da Bahia.

METODOLOGIA

Desenho de estudo, população e amostra.

Trata-se de um estudo transversal, realizado em três Centros de Saúde e uma Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Jequié, Bahia, no período de março a agosto de 2018. O estudo foi realizado com uma amostra de 75 crianças com consentimento de seus (as) responsáveis legais. Sendo o tamanho amostral determinado baseado na estimativa da proporção populacional, segundo a fórmula de Siqueira (2001): $[(n = N \cdot Z_2 \cdot p \cdot (1-p) / Z_2 \cdot P \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)]$, adotando-se o erro amostral de 5%, intervalo de confiança de 95%. Foram incluídas no estudo, crianças clinicamente saudáveis com até seis meses de idade, acompanhadas por seus responsáveis, que estavam cadastradas no programa de Crescimento e Desenvolvimento-CD do serviço de saúde. Sendo excluídas crianças com doenças cardíacas, alteração palatina e outras

patologias que interferissem no estado nutricional.

Caracterização do município

Jequié, município do sudoeste estado da Bahia, localizado a 365 km de Salvador, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata. De acordo com o censo realizado por o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2022, a cidade possui população estimada em 158.812 mil habitantes. A cidade conta com 83 estabelecimentos de saúde que prestam atendimento ao SUS, sendo 54 unidades públicas de serviços de saúde, dentre elas 21 Unidades Saúde da Família (USF) e 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Coleta de dados e definições de variáveis

A coleta de dados ocorreu durante acompanhamento das crianças menores de 6 meses de idade, nos serviços de Puericultura dos Centros de Saúde, em concordância com a coordenação das unidades.

Durante a coleta, a responsável pela criança foi informada sobre os objetivos da pesquisa. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi realizada entrevista semiestruturada contendo informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos e neonatais, padrão de aleitamento materno e uso de fórmulas infantis. Foi considerado aleitamento materno exclusivo quando a criança era alimentada apenas com leite materno, sendo questionado se a mãe ofertava apenas leite do peito para criança, em caso negativo perguntou-se quais outros alimentos foram ofertados.

Para a caracterização do uso de FI, os responsáveis foram informados sobre o conceito de FI, sendo questionado posteriormente se foi ofertado ao longo dos seis meses FI para criança e em caso positivo, qual tipo. Além disso, questionou-se se no dia anterior foi ofertada fórmula infantil para a criança. A definição de aleitamento materno exclusivo usado são as adotadas MS e OMS. A definição utilizada para fórmula láctea para crianças menores de 6 meses, são as adotadas pela Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)/OMS e European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN).

Variáveis do estudo

A variável principal deste estudo é a oferta de fórmula infantil antes dos 6 meses, categorizado em (sim e não) e as covariáveis para caracterização da população de estudo são: Estado Civil (casada/união ,estável ou solteira)]; Religião (católica, evangélica, cristã não praticante); Escolaridade materna (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto, superior completo, pós

graduação]; Renda Familiar (< 1 salário mínimo, 1 salário mínimo, 1 a 2 salários mínimos, 3 a 4 salários mínimos); Raça/Cor (branca, preta, parda, amarela); Sexo da Criança (feminino ou masculino); Peso ao Nascer [(baixo peso ao nascer (1.500g a 2.499g), peso insuficiente ao nascer (2.500 a 2.999g), peso adequado ao nascer (3.000g a 3.999g), macrosomia, ($\geq 4000g$)], Oferta de Formula Infantil antes dos 6 meses (sim e não), Oferta de Formula Infantil no dia anterior da pesquisa (sim e não); Aleitamento Materno Exclusivo (sim e não); Orientações Nutricionais (sim e não).

Análise estatística e condições éticas

Realizou-se análise descritiva, sendo percentual para as variáveis categóricas e médias e desvio padrão para as quantitativas.

A prevalência da oferta de fórmula infantil foi realizada por meio do seguinte cálculo: total das crianças menores de 6 meses exposta a fórmula infantil / total das crianças menores de 6 meses participantes da pesquisa, multiplicadas por 100 (cem). Os dados encontrados foram tabulados e analisados no Software SPSS versão 17.0, os resultados foram distribuídos em gráficos e tabelas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia em 20 de dezembro de 2017 sob o número CAAE 80935617.7.0000.0055, parecer nº 2.450.667, obedecendo às normas e requisitos da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos na resolução Nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram avaliadas 75 crianças, sendo a maioria do sexo masculino (60%) e com peso ao nascer adequado (70,7%). As genitoras em sua maioria apresentavam ensino médio incompleto (44%), renda menor igual a um salário mínimo (73,4%), evangélicas (57,3%), raça/cor: parda/preta (79,9%) e era casadas/união estável (74,7%), (Tabela 01).

Tabela 01- Caracterização sociodemográfica dos responsáveis e das crianças menores de 6 meses, Jequié (BA), 2018

Variáveis	nº	%
Estado Civil		
Casada/união estável	56	74,7
Solteira	19	25,3
Religião		
Católica	20	26,7
Evangélica	43	57,3
Cristã não praticante	12	16,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	18	24
Ensino Fundamental completo	1	1,3
Ensino Médio Incompleto	14	18,7
Ensino Médio Completo	32	42,7
Superior Incompleto	5	6,7
Superior completo	4	5,3
pós graduação	1	1,3
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	29	38,7
1 salário mínimo	26	34,7
1 a 2 salários mínimos	15	20
3 a 4 salários mínimos	5	6,7
Cor/ Raça		
Branca	7	9,3
Preta	22	29,3
Parda	42	56,0
Amarela	4	5,3
Sexo da Criança		
Feminino	30	40,0
Masculino	45	60,0
Peso ao nascer		
Baixo peso ao nascer (BPN)	8	10,7
Peso insuficiente ao nascer	12	16
Peso adequado ao nascer	53	70,7
Macrossomia fetal	2	2,7

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

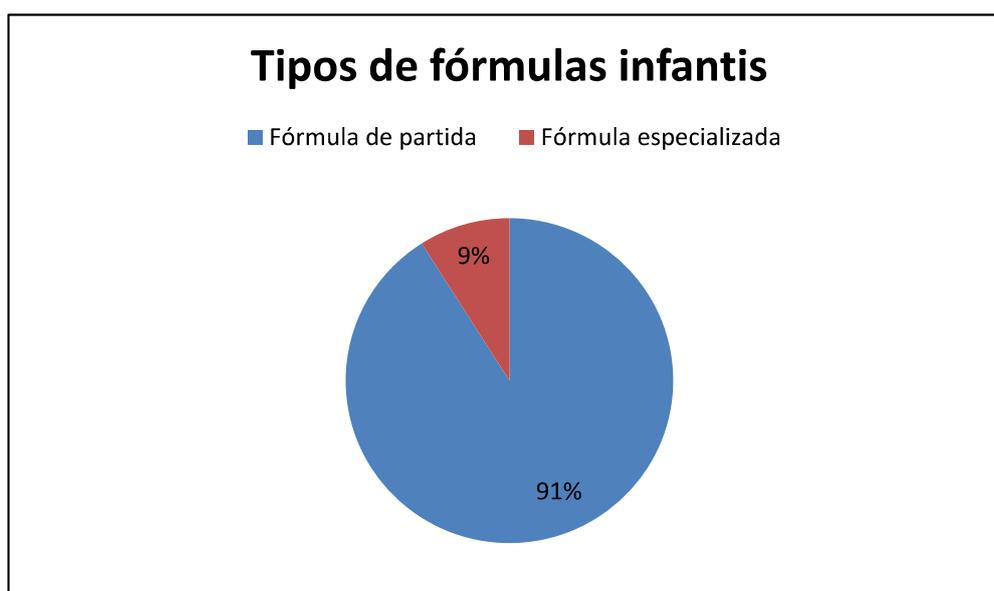
Identificou-se que 58,7% das mães receberam orientações sobre a amamentação exclusiva ainda na maternidade. Apesar destas orientações, a prevalência de AME até o sexto mês de vida foi de 36%. Quanto a oferta de fórmula infantil antes dos seis meses de vida da criança, observou-se prevalência de 42,7%. Além disso, foi identificado que no dia anterior a entrevista 56% das crianças consumiram FI (Tabela 02).

Tabela 02 - Prevalência do uso de fórmula infantil e amamentação exclusiva em crianças menores de meses, Jequié (BA), Brasil, 2018.

Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)
Oferta de fórmula infantil antes dos 6 meses	32 (42,7%)	43 (57,3%)
Oferta de fórmula infantil no dia anterior	42 (56,0%)	33 (44,0%)
Aleitamento materno exclusivo	27 (36%)	48 (64%)
Orientações sobre AMEX*	44 (58,7%)	31 (41,3%)

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Das crianças em uso de fórmulas infantis, observou-se que 91% delas usavam fórmula de partida e 9% fórmula especializada (Gráfico 01).



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

DISCUSSÃO

Apesar da maioria das genitoras deste estudo informarem ter recebido orientações sobre a amamentação exclusiva ainda na maternidade, foi identificado elevada prevalência de oferta de fórmulas infantis em crianças menores de 6 meses, sendo a FP para crianças saudáveis a mais empregada. Estes dados indicam que a prática da AME está aquém das recomendações do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

41

O AME é uma prática protetiva para a saúde do lactente, capaz de favorecer o pleno potencial de crescimento e desenvolvimento infantil. A ausência desta prática repercute negativamente sobre o desenvolvimento cognitivo, emocional, afetivo e imunológico da criança, aumentando o risco de déficit nutricional, cólicas, alergias alimentares¹².

Em meio aos aspectos negativos relacionados ao tempo de amamentação abaixo do recomendado¹⁵. A inserção de fórmula infantil aos hábitos do lactente pode levar ainda a alguns impactos considerados negativos no orçamento da família, podendo este, ter variação entre 20 e 30% em meio ao salário mínimo. Ressaltando-se ainda os gastos na aquisição de itens como materiais para higienização, gás de cozinha e utensílios para preparo destas fórmulas¹⁰.

Assim como neste estudo, pesquisas nacionais e internacionais registram a oferta de FI como prática frequente em crianças menores de 6 meses nos diversos contextos sociais e em nível mundial¹³⁻¹⁴ e muitas vezes sendo um interferente do aleitamento materno exclusivo⁵.

Esta realidade também é encontrada em diversas regiões do Brasil com prevalência de oferta de FI nos primeiros meses de vida, variando de 39,6% no Rio Grande do Norte¹⁷, 50% na Amazônia¹⁸ e 78,9% no Mato Grosso do Sul^{10, 18-19}.

Em estudo de intervenção desenvolvido no Estado de Minas Gerais, foi possível observar que 48% das crianças encaminhadas da maternidade para um programa do município que fornecia FI para famílias em situações de risco social, passaram a usar estas fórmulas de forma exclusiva, mesmo as mães apresentando adequada produção de leite sem contraindicação para amamentação¹⁸.

O trabalho supracitado infere a necessidade de avaliações das ações para incentivo da amamentação e prescrição de FI nas práticas das redes de saúde pública, pois os programas para famílias em situação de risco social são importantes, porém Candido et al¹⁹, descreve sobre prescrições sem contraindicações, favorecendo o aumento do uso de FI. Adicionalmente, evidências científicas registram que a utilização de FI de forma indiscriminada e sem prescrição nutricional adequada está associada a doenças bucais, como respiração bucal, má oclusão, alteração da mordida e cáries²⁰, redução da regulação de apetite, podendo resultar em obesidade infantil²¹, alteração da microbiota intestinal⁶, constipação, cólica e alergia à proteína do leite vaca²².

A elevada oferta de FI tem sido justificada na literatura científica pela ausência ou insuficiente orientação sobre a amamentação e pela falta de rede de apoio desde o período pré-natal¹⁶. Neste estudo, a maioria das mães foram orientadas ainda na maternidade para a amamentação exclusiva, no entanto não se conhece como foram realizadas estas orientações e nem se estas foram ofertadas também na assistência pré-natal. Assim sendo, ressalta-se a importância do pré-natal na promoção e apoio o AME e promoção de uma atenção mais individualizada, que

atenda de forma mais especializada e humanizada às mulheres, identificando sua rede de apoio e incluindo-a no processo de cuidado e suporte à amamentação¹⁶ e em todos os níveis de atenção à saúde. Na rede de atenção terciária, destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Estudos científicos revelam que nos hospitais que são amigos da criança há menor prescrição de FI e maior incentivo do AME^{23-24:26}. Na cidade onde foi realizado este estudo não tem IHAC, o que pode estar refletindo nos resultados encontrados.

Estudos que analisam a IHAC retratam que o seu sucesso na promoção da amamentação está relacionado a capacitação das equipes de saúde, com enfoque na humanização e fortalecimento do atendimento multidisciplinar, ouvindo as mulheres sem julgamentos, respeitando-as, apoiando-as e cuidando-as em sua integralidade.

O aconselhamento pré-natal também se revelou de extrema importância, e se mostrou uma intervenção que aumenta a autoeficácia da amamentação das mães favorecendo melhor direcionamento de questões amamentação no pós-parto²⁷⁻²⁸.

Reconhece-se que a rede de fatores associados ao desfecho em estudo é complexa e necessita ser compreendida na sua totalidade. Evidências científicas revelam diversos determinantes sociais e da saúde associados ao maior risco de introdução de FI antes dos seis meses de vida da criança, dentre estes destacam-se: estado civil, escolaridade, idade, paridade e raça/cor²⁵⁻²⁶⁻²⁷.

Assim, observa-se que os responsáveis pelas crianças solteiros, com baixo nível educacional²⁶ com idade inferior a 29 anos, mães primíparas²⁵ e raça/cor parda²⁹ apresentam maior probabilidade de ofertar FI na alimentação dos lactentes.

Apesar da identificação dos fatores associados à oferta de FI antes dos seis primeiros meses de vida da criança, não ser o foco deste estudo, observou-se descritivamente que a maioria das mulheres participantes deste estudo foram de raça/cor parda/preta, baixa escolaridade e de baixa renda, suscitando hipótese de possíveis fatores interferentes nesta prática, apesar da orientação sobre aleitamento materno ter sido ofertada ao grupo ainda na maternidade.

Destacam-se como limitações deste estudo a ausência de um aprofundamento dos dados sobre a oferta de fórmula infantil entre as mães que relataram ter ofertado FI no dia anterior da pesquisa. Esta variável foi coletada de forma simples (sim e não) e tipo da FI ofertada, sem ter informações sobre prescrição, orientação profissional, preparação da FI, quantidade e duração de uso. Destaca-se ainda como limitação do estudo o número da amostra reduzido, a qual não permitiu a utilização de testes estatísticos.

Tendo como potencialidades dados sobre a prevalência AMEX ainda é baixa, retratando essa realidade na região. Além de destacar a necessidade de produção científica e discussão sobre os impactos do uso de FI e ações que reduzam esse panorama e incentivem o AME.

CONCLUSÃO

Este estudo registrou elevada prevalência de oferta de FI em crianças menores de seis meses acompanhadas na Atenção Primária à Saúde de um município do nordeste do Brasil, revelando que o AMEX ainda está aquém do recomendado pelos órgãos nacionais e internacionais da saúde. Além disso, este estudo suscita hipótese de possíveis fatores sociais interferentes na prática da alimentação da criança neste período, como raça/cor (parda/preta), baixa escolaridade e baixa renda.

Desta forma estes dados indicam a necessidade de aprimorar e fortalecer as ações sobre AME em todas as redes de atenção, com enfoque na educação continuada dos profissionais de saúde que acompanham gestantes e mulheres no pós parto para que estes sejam sensíveis, empáticos e reconheçam a mulher na sua integralidade, empoderando-a e colocando-a como protagonista no ato de amamentar, favorecendo assim a redução da prevalência do uso de fórmulas infantis como substitutos do AME.

Destaca-se a necessidade de realizações de novos estudos que tratem sobre a prevalência do uso de fórmulas infantis, no Brasil, principalmente no nordeste dado a incipiência dos dados nestas regiões, além de fomentar a investigação de fatores sociais interferentes na prática da alimentação infantil.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. MS, 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília. 2021. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 10/09/2021;
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, v. 355, p. 451-455, 2000;
4. KOLETZKO B et al. Nutritional Care of Preterm Infants: Scientific Basis and Practical Guidelines. *World Review of Nutrition and Dietetics Home*, v. 110, p. 110s -177s, 2014; DOI 10.1159/000358466c. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000358466c>. Acessado em 06/09/2021;
5. MORAIS, M.B. Signs and symptoms associated with digestive tract development. *Jornal de Pediatria*, v.3, p. 46s -56s, 2016. DOI 10.1016/j.jpmed.2016.02.008. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.02.008>. Acessado em 18/10/2021;

6. ZANELLA, A. et al. Influence of own mother's milk and different proportions of formula on intestinal microbiota of very preterm newborns. *Plos one*, v.14(5), 2019. DOI 10.1371/journal.pone.0217296. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217296>. Acessado em 18/12/2021.
7. KOLETZKO B, et al. Cuidados Nutricionais de Bebês Prematuros. *Base Científica e Diretrizes Práticas*. World Rev Nutr Diet. Basileia, Karger, 2021, vol 122, pp XIII-XIV (DOI: 10.1159/000514773)
8. BOCCOLINI, C. S et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Revista De Saúde Pública*, v. 51, p. 108, 2017. DOI 10.11606/S1518-8787.2017051000029. Disponível em <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>. Acessado em 20/09/2021.
9. ENANI – Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil: Resultados Preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil – Rio de Janeiro; 2020. 9 p.
10. Brasil M da SaúdeS de AP à SaúdeD de P da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. 265 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 01/11/2023.
11. BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4ª. ed. - São Paulo: SBP, 2018, p. 32s-40. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf. Acesso em: 10/09/2021;
12. BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: MS, 2009. Disponível em; http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf. Acessado em 20/10/2021;
13. FERREIRA, I. R. et al. Práticas alimentares de crianças de 0 a 24 meses de idade em uso de fórmulas infantis. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição, RASBRAN*, v. 8, n. 1, p. 03-09, 2017 ISSN 2357-7894. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/530>. Acessado em 02/12/2021;
14. PINHEIRO, J. M. F. et al. Prevalence on the complement in offering food to newborns. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, v. 21 (03), 202. DOI 10.1590/1806-93042021000300008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300008>. Acessado em 21/11/2021.
15. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 49 (1), p.112s-125s, 2009. DOI 10.1097/MPG.0b013e31819f1e05. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819f1e05>. Acessado em 10/10/2021;
16. McCoy MB, Heggie P. In-Hospital Formula Feeding and Breastfeeding Duration. *Pediatrics* [Internet]. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2019-2946>. Acessado em 01/11/2023

17. MEIRELLES, C. A. 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(9), p. 2001–2012, 2008doi:10.1590/s0102-311x2008000900006. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu8050279>. Acessado:18/12/2021;
18. NEVES, P. A. R. et al. Consumption of breast milk, formula and other non-human milk by children aged under two years: analysis of 86 low and middle-income countries. *Public Health Nutrition*, v. 16, p. 1–20, 2020. DOI 10.1017/s1368980020004061. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1368980020004061>. Acessado em 18/10/2021; em 15/12/2021;
19. SOUZA, N.K.T. et al. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v.24, p.126s-129s, 2018. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181103_222837.pdf. Acessado em 17/12/2021;
20. MOSQUERA, P. S. et al. Factors affecting exclusive breastfeeding in the first month of life among Amazonian children. *Plos One*, v. 14(7), 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0219801. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219801>. Acessado em 18/10/2021;
21. CÂNDIDO, F. G. et al. Amamentação versus distribuição gratuita de fórmulas infantis pelo Sistema Único de Saúde. *Einstein*, v. 19, eAO6451, nov. 2021. DOI: 10.31744/einstein_journal/2021AO6451. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6451. Acessado em 22/12/2021.
22. CARVALHO, C. et al. Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.22, p.11, 2017. DOI:10.1590/1413-812320172211.28482015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.28482015>. Acessado em 03/11/2021;
23. BRAHM, P. et al. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, v. 88(1), p. 07–1, 2017. DOI 10.4067/S0370-41062017000100001. Disponível em: 10.4067/S0370-41062017000100001. Acessado em 20/11/2021.
24. DISANTIS, K. I. et al. Do infants fed directly from the breast have improved appetite regulation and slower growth during early childhood compared with infants fed from a bottle?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 8(1), p. 89s –90s, 2011. DOI 10.1186/1479-5868-8-89. Disponível em: 10.1186/1479-5868-8-89. Acessado em 20/11/2021.
25. VANDENPLAS, Y. et al. Algorithms for managing infant constipation, colic, regurgitation and cow's milk allergy in formula-fed infants. *Acta Paediatrica*, v.104 (5), p. 449s-457, 2015. DOI 10.1111/apa.12962. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.12962>. Acessado em 18/12/2021.
26. SILVA, O. L. O et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative: increasing breastfeeding and decreasing infant mortality in Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 18(3), p. 481s–489s, 2018. DOI 10.1590/1806-93042018000300003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300003>. Acessado em 18/10/2021
27. PÉREZ – ESCAMILLA, R. et al. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on

breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal Child Nutrition*, v. 12 (3), p. 402s-417s, 2016. DOI 10.1111/mcn.12294. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>. Acessado em 06/12/2021;

28. PINHEIRO, J. M. F. et al. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. *Revista de Nutrição*, v.29(3), p.367s-375s, 2016. DOI10.1590/1678-98652016000300007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000300007>. Acessado em 10/11/2021;

29. PIERRO J et al. Fatores Associados à Formulação Suplementar de Amamentação infantil durante a internação hospitalar pós-parto. *Breastfeed Medicine*, v.11, p. 196-202, 2016 DOI 10.1089/bfm.2015.0091. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0091>. Acessado em 06/12/2021;

30. SHAFAEI, FS, MIRGHAFOURVAND, M. & HAVIZARI, S. O efeito do aconselhamento pré-natal sobre a autoeficácia da amamentação e a frequência de problemas de amamentação em mães com amamentação anterior malsucedida: um ensaio clínico controlado randomizado. *BMC Women's Health* 20, 94 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00947-1>. Acessado em 05/04/2021;