

Registros da prescrição indiscriminada de fórmulas infantis em Maternidade Amiga da Criança

Luana Carolina da Silva Barbosa¹  Sabrina Gomes Ferreira Clark² 

¹Pós-graduação em Nutrição Clínica e Hospitalar, Centro Universitário Frassinette do Recife – UniFAFIRE. Recife/PE, Brasil.

²Serviço-Escola de Nutrição Emília Aureliano, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife/PE, Brasil.

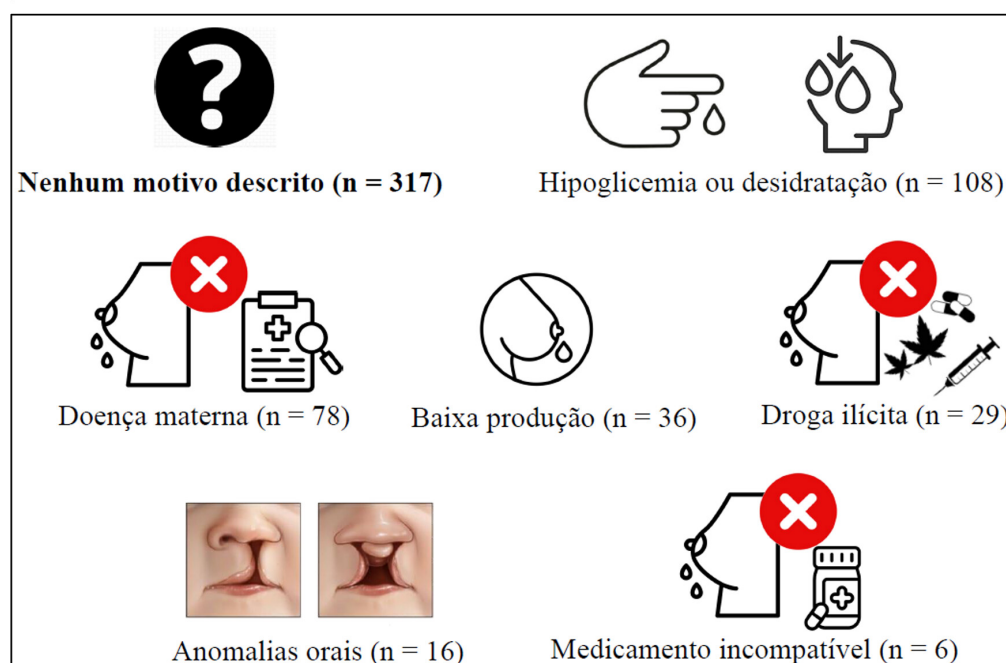
E-mail: sabrina.ferreira@ufpe.br

Resumo Gráfico

Highlights

- O procedimento de prescrição de fórmula infantil viola as diretrizes da IHAC.
- 42,2% das prescrições não justificavam a indicação de fórmula infantil.
- Apenas 24,9% das prescrições incluíam a idade do recém-nascido.
- Apenas 7,1% das prescrições identificavam o leite do recém-nascido.
- A baixa qualidade da prescrição prejudica a assistência e a análise de indicadores.

“Motivos” para a prescrição de fórmula infantil em uma maternidade credenciada como Hospital Amigo da Criança - Recife, 2022.



Resumo

O Brasil exige que sejam cumpridos dez requisitos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para conceder o selo de qualidade hospitalar, no âmbito público e privado, atestando o compromisso em assegurar o direito ao aleitamento materno. Avaliar o procedimento de prescrição de fórmula infantil para recém-nascidos internados em um Hospital Amigo da Criança de uma capital do Nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo documental retrospectivo, baseado na revisão de registros de prescrições de fórmula infantil numa maternidade municipal credenciada como Hospital Amigo da Criança de Recife, Pernambuco, Brasil. Foi utilizado um formulário estruturado, desenvolvido de maneira espelhada ao documento oficial de prescrição de fórmula infantil adotado pela instituição, para avaliar o registro de informações sobre a identificação do paciente, motivos médicos para a prescrição, características da fórmula e informações do prescritor. Foram analisadas 662 prescrições emitidas entre agosto e novembro de 2022. O número de registro de prontuário estava presente em 71,9% das prescrições e apenas 24,9% continham a idade dos recém-nascidos. Em 42,2% não havia descrição do motivo para uso de fórmula artificial, o que inviabiliza a promoção do aleitamento materno exclusivo ainda na maternidade. A prescrição de fórmulas artificiais para recém-nascidos foi avaliada como de baixa qualidade, devido à falta de justificativas adequadas e à identificação incorreta dos pacientes, contrariando as diretrizes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e podendo resultar em desmame precoce. Esses resultados alertam para repercussões na saúde infantil e práticas de gestão do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Suplemento Alimentar. Alimento Artificial. Administração Hospitalar. Bancos de Leite.

Editor de área: Edison Barbieri
Mundo Saúde. 2025,49:e16892024
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 26 novembro 2024.
Aceito: 13 junho 2025.
Publicado: 02 julho 2025.

INTRODUÇÃO

O leite materno é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil. Ele contém todos os nutrientes necessários para uma nutrição adequada e oferece uma variedade de anticorpos. Durante o período de amadurecimento dos sistemas imunológico e gastrointestinal da criança, o leite materno é suficiente, eliminando a necessidade de outros alimentos¹.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo até os 6 meses de idade e, a partir daí, complementado com alimentos adequados até os 24 meses ou mais. Esta prática traz benefícios tanto para a saúde da pessoa que amamenta quanto para o bebê, como a redução da mortalidade infantil e da incidência de doenças crônicas quando as taxas de amamentação aumentam significativamente^{1,2}.

Com intuito de fortalecer a conduta do aleitamento materno exclusivo e prevenir o desmame precoce, ainda no hospital, foi difundida a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) entre países da Organização das Nações Unidas em 1991. Respalhada numa diretriz para a política hospitalar que busca garantia do aleitamento materno através dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno que promovem práticas clínicas e de gestão por meio dos profissionais capacitados³.

O Brasil está entre os 150 países escolhidos para dar início à IHAC após a assinatura da Declaração de Innocenti e é o único país no qual se exige que sejam realizados, na íntegra, os requisitos estabelecidos para a concessão do selo de qualidade baseada no apoio, proteção e promoção do aleitamento materno³.

A IHAC exerceu influência na redução da mortalidade infantil no Brasil, considerando a utilização dos índices de amamentação e de nascimento em maternidades creditadas como Hospital Amigo da Criança como indicadores da maior probabilidade de amamentação na primeira hora de vida. Além da redução de 3,5 a 4,2% dos óbitos infantis, de 7 a 180 dias de vida, entre nascidos em Hospital Amigo da Criança⁴.

No Brasil, além da IHAC, há diversas iniciativas e políticas públicas que promovem, protegem e apoiam o aleitamento materno, como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; o Programa Empresa Cidadã; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; o Método Canguru e o Guia Alimentar para menores de 2 anos⁵.

Essas medidas também consideram que existem situações em que a oferta de leite materno ao bebê é contraindicada.

A Sociedade Brasileira de Pediatria⁶ orienta o uso de substitutos do leite materno apenas quando a amamentação não é possível ou é contraindicada, especialmente durante o primeiro ano de vida do bebê. Nesses casos, os Bancos de Leite Humano podem ser acionados. Os Bancos de Leite Humano oferecem suporte para lidar com dificuldades na amamentação e coletam leite humano, garantindo a segurança e a qualidade para doação aos bebês. Essas ações são formas efetivas de prevenção do desmame precoce⁷. A prescrição de substitutos artificiais deve ser feita somente após esgotadas as possibilidades de oferta do leite humano⁶.

Apesar disso, dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil, um inquérito populacional brasileiro, mostraram que o Nordeste é a macrorregião com a maior prevalência de aleitamento misto (26,8%) em menores de 6 meses e de uso de mamadeira (55,8%) em menores de 2 anos. Enquanto a prevalência média nacional de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses foi de 45,8%, com uma meta de 70,0% proposta pela Organização Mundial de Saúde, apenas 39,0% das crianças do Nordeste atingiram os 6 meses em aleitamento materno exclusivo⁸.

Estudos que avaliaram os motivos de indicação de fórmulas substitutas enfatizaram a falta de justificativas para prescrição até mesmo no contexto da IHAC, apesar das exigências criteriosas^{9,10}. No entanto, quando descritos os motivos, destaca-se a hipogalactia decorrente de fatores psicológicos, socioculturais, biológicos e medicamentosos; as práticas inadequadas de amamentação e a falta de instruções e incentivos por parte dos profissionais de saúde como causas para o desmame precoce, levando à elevada utilização de substitutos do leite materno⁹.

Apesar dos incontestáveis efeitos positivos da iniciativa, é necessária a vigilância sistemática de práticas hospitalares que comprometem o direito ao aleitamento materno. Principalmente na macrorregião que concentra grande parte da população brasileira e indicadores nutricionais historicamente frágeis frente às demais regiões.

Este estudo teve como objetivo avaliar o procedimento de prescrição de fórmula infantil para recém-nascidos internados em um Hospital Amigo da Criança de uma capital do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo documental retrospectivo realizado por meio da revisão dos registros de prescrição de fórmula infantil em uma maternidade municipal, credenciada como Hospital Amigo da Criança, em Recife, Pernambuco, Brasil. A unidade atende pacientes com risco habitual, recebendo casos tanto por demanda espontânea quanto por meio da Central de Regulação da Secretaria de Saúde de Pernambuco, e realiza, em média, 300 partos por mês.

Verificou-se o padrão de preenchimento das prescrições (nome da genitora; número de registro do prontuário; idade do recém-nascido; identificação da enfermaria; identificação do leite), justificativa da prescrição da fórmula infantil (motivo médico), informações sobre a fórmula prescrita (diluição; volume; horários de oferta; via alimentar) e informações dos prescritores.

No formulário institucional havia nove opções de motivos médicos aceitáveis para a prescrição de fórmula infantil, segundo a IHAC3, sendo: Recém-nascido com menos de 32 semanas de idade gestacional e/ou de muito baixo peso (< 1500g) (sem disponibilidade de leite no Bancos de Leite Humano); Recém-nascido com dificuldade de sucção grave ou anormalidades orais; Recém-nascido com hipoglicemia ou desidratado que não melhora com a amamentação ou leite humano ordenhado; Lactente com doença metabólica rara que impede a amamentação; Doença materna que impeça a puérpera de cuidar do recém-nascido ou contraindica a amamentação; Genitora em uso de medicação incompatível com a amamentação de forma temporária ou permanente; Genitora usuária de drogas ilícitas (sob avaliação pela equipe de saúde); Mamoplastia, quando a produção láctea materna não mantiver o ganho de peso do recém-nascido; e Ou-

tros motivos apenas após avaliação do Bancos de Leite Humano. O instrumento de coleta manteve as nove opções, bem como o registro de qualquer outro descrito ainda que não contemplado na lista estruturada.

A atividade de coleta ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2022 no arquivo documental semestral disponível no setor do Banco de Leite Humano da maternidade. O estudo teve como instrumento um formulário estruturado desenvolvido de maneira a espelhar a prescrição de fórmula infantil adotada pela instituição e submetido a revisão por especialistas.

Foram verificadas 674 prescrições de fórmula infantil emitidas de agosto a novembro de 2022, a totalidade do semestre da coleta. Posteriormente, na fase de análise de consistência do banco de dados, foram excluídas 12 prescrições por não apresentarem qualquer forma de identificação (nome e/ou número de registro) da puérpera e/ou do recém-nascido. Para fins analíticos, as variáveis de identificação foram registradas como variáveis categóricas dicotômicas (presença/ausência), garantindo que os formulários passassem por anonimização.

Os dados foram coletados através de um formulário eletrônico com direção automática à uma planilha Excel 2013 (*Microsoft Office®*) na qual foram conduzidas as análises. O padrão de preenchimento, justificativa e identificação da prescrição de fórmula infantil foi analisado de forma descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa para as variáveis qualitativas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Frassinetti do Recife (CAAE 61450722.6.0000.5586 e parecer 5.631.702), de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e a aplicação do consentimento livre e esclarecido foi dispensada.

RESULTADOS

Foram analisadas 662 das prescrições de fórmulas infantis emitidas na maternidade. Dentre essas, 71,9% continham o número de registro do prontuário, enquanto apenas 24,9% apresentavam a idade dos recém-nascidos que receberiam a fórmula artificial (Tabela 1). Em relação às informações do cabeçalho que orientam a entrega da fórmula prescrita, a Tabela 1 mostra que a identificação da enfermaria estava incompleta, e a identificação do leite era ainda mais rara, ocorrendo em apenas 7,1% dos casos na enfermaria coletiva, onde o re-

cém-nascido estava internado.

A indicação de motivo médico para a prescrição de substituto do leite materno estava ausente em 42,2% dos formulários analisados. Outras informações essenciais para o preparo e administração das fórmulas infantis foram pouco frequentes no apinhado documental, como orientação de diluição do produto (37,0%) e a via alimentar determinada (21,1%). Por outro lado, a indicação de uma marca preferencial, sem relação com a composição do produto e a condição clínica do paciente, foi

encontrada em 19,5% das prescrições (Tabela 1). É importante ressaltar que, das 129 vezes em que os prescritores sugeriram uma marca específica de fórmula infantil, as recomendações se restringiram a três produtos de duas marcas multinacionais que não estavam disponíveis na unidade hospitalar estudada. Além disso, o formulário institucional não possui um campo específico para registrar essa informação.

Outro aspecto revelado foi a menção ao leite humano ordenhado ou pasteurizado nas prescrições. Apenas 4,8% das prescrições incluíam o leite

materno ordenhado ou pasteurizado como alternativa para a nutrição infantil. Dentre essas, 6,3% solicitavam a diluição do leite humano na mesma concentração padrão da fórmula infantil adotada pela unidade hospitalar, a quinze por cento. Além disso, foram observados alguns casos em que a identificação obrigatória do profissional prescritor estava ausente ou incompleta. Quando a categoria profissional do prescritor foi identificada, predominou a atuação de pediatras (37,5%) e neonatologistas (36,6%), seguidos por médicos generalistas (22,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil de preenchimento de formulários para a prescrição de fórmula infantil em uma maternidade com título de Hospital Amigo da Criança de Recife. Pernambuco, Brasil, 2022 (n = 662).

Variáveis	N (%)
Informações no cabeçalho	
Nome da genitora do recém-nascido	662 (100)
Número de registro do prontuário	476 (71,9)
Idade do recém-nascido	165 (24,9)
Identificação da enfermaria	517 (78,1)
Identificação do Leito	47 (7,1)
Motivos médicos para a prescrição da fórmula infantil	
Indicação de motivo médico	383 (57,8)
Informações sobre a fórmula infantil prescrita	
Diluição	245 (37,0)
Volume	661 (99,8)
Horários de oferta	636 (96,1)
Via alimentar	140 (21,1)
Marca	129 (19,5)
Informações sobre o prescritor	
Nome	655 (98,9)
Categoria profissional	655 (98,9)
Número de registro profissional	655 (98,9)
Carimbo	650 (98,2)
Assinatura	656 (99,1)

Das justificativas que atendiam aos critérios aceitos para a prescrição de fórmula infantil, conforme a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e listadas no instrumento institucional, 220 prescrições mencionaram motivos válidos. Dentre esses, o quadro clínico de hipoglicemia ou desidratação foi o motivo mais comum para a substituição do leite materno por fórmula infantil, representando 27,7% das prescrições (Tabela 2). Não houve menção a casos de recém-nascido de muito baixo peso, com doença metabólica rara ou puérpera com mamoplastia resul-

tando na redução da produção láctea.

Para 219 prescrições nenhuma justificativa foi indicada. Em outras 100, foi marcada a opção “outros motivos apenas após avaliação do Bancos de Leite Humano”, que se refere a razões não incluídas na lista de critérios aceitos pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança e requer uma descrição detalhada. No entanto, em 60,0% das prescrições que utilizaram essa opção, o prescritor não forneceu a descrição do que motivou a prescrição de fórmula infantil (Tabela 2).

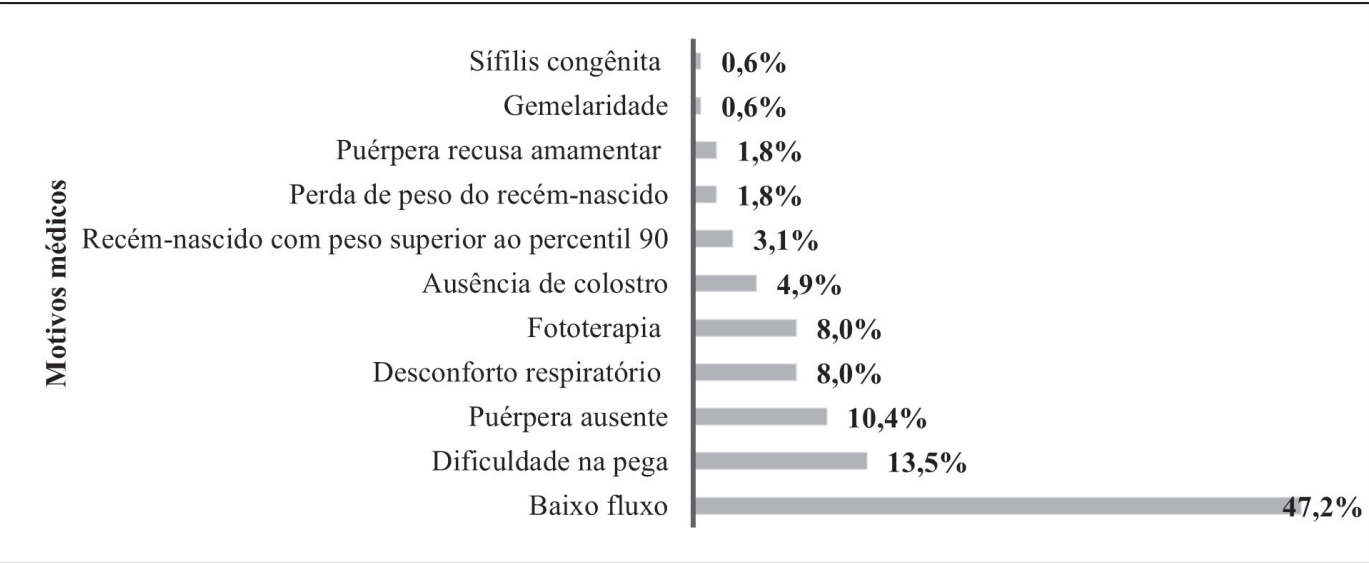
Tabela 2 - Motivos médicos assinalados, em formulário estruturado, para a prescrição de fórmula infantil em uma maternidade credenciada como Hospital Amigo da Criança de Recife. Pernambuco, Brasil, 2022 (n = 383).

Motivos médicos para a prescrição de fórmulas infantis	N (%)
Recém-nascido com dificuldade de sucção grave ou anormalidades orais	11 (2,9)
Recém-nascido com hipoglicemia ou desidratado sem melhora com amamentação ou leite humano ordenhado	106 (27,7)
Doença materna que a impede de cuidar do recém-nascido ou contraindica a amamentação	71 (18,5)
Genitora em uso de medicação incompatível com a amamentação de forma temporária ou permanente	5 (1,3)
Genitora usuária de drogas ilícitas	27 (7,0)
Outros motivos apenas após avaliação do banco de leite humano	40 (10,4)
Outros motivos sem menção ao banco de leite humano	123 (32,1)

Ao detalhar a opção “outros motivos”, observa-se que, em 47,2% das prescrições, a justificativa para a prescrição de leite artificial foi o baixo fluxo lácteo. Isso foi seguido pela dificuldade na pega, que representou 13,5%. Ambos os motivos são plenamente passíveis de intervenção pelo Bancos de Leite Humano e pela equipe assistencial capacitada para práticas corretivas e educa-

tivas. Outros motivos incluíram a necessidade de reestabelecimento do funcionamento do sistema respiratório e casos de icterícia neonatal. Foi registrado ainda, de forma pontual (<1,0%), a prescrição de fórmula infantil motivada exclusivamente pelas situações de gemelaridade e sífilis congênita, condições que, na verdade, não contraindicam a amamentação (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Prevalência de motivos médicos que não constam entre as razões consideradas aceitáveis, pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, para a prescrição de fórmula infantil em uma maternidade credenciada como Hospital Amigo da Criança de Recife. Pernambuco, Brasil, 2022 (n = 163).



DISCUSSÃO

A baixa qualidade das informações registradas pelos prescritores de fórmula infantil compromete a assistência prestada aos recém-nascidos e a geração de indicadores relacionados a essa assistência. Isso é especialmente preocupante, pois recém-nascidos necessitam de cuidado rigoroso para redução das taxas de morbimortalidade e promoção do desenvolvimento e crescimento infantil.

A ausência do número de registro do prontuário nas prescrições avaliadas dificultou o cruzamento de informações sobre a internação e a assistência prestada ao binômio mãe-bebê. Um estudo semelhante realizado em outra cidade do Nordeste brasileiro indicou que, em quase metade dos prontuários, houve ausência de registro das razões para a prescrição no prontuário, além da ausência da própria prescrição médica⁹. Estas falhas no preenchimento de prescrições revelam que a não identificação do paciente, embora arriscada, é uma prática comum.

Além disso, frequentemente faltam informações sobre a enfermaria e o leito hospitalar, dados essenciais para assegurar a localização correta e a entrega adequada da fórmula prescrita, evitando que outro paciente receba a fórmula infantil. A identificação precisa do paciente nos registros de saúde, no formato manual ou eletrônico, é crucial para a segurança do paciente. Além do nome, é recomendável o uso de outros identificadores para garantir uma identificação eficaz¹¹.

Neste estudo, a ausência de registro da idade do recém-nascido impediu a análise da precocidade da introdução da fórmula infantil, da duração da oferta e da relação com o motivo da prescrição. Outros estudos apontam que o uso de fórmula infantil durante a internação pós-parto é uma das causas do desmame precoce, podendo levar as mães a utilizarem outros tipos de leite após a alta^{10,12}. Sendo necessário monitorar sistematicamente a proporção de prescrições de substitutos do leite materno e acionar soluções para corrigir essa prática.

Atuação direta e a omissão do profissional prescritor podem estabelecer o desfecho do aleitamento materno iniciado na maternidade. Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou a maior frequência do uso de suplemento artificial nas primeiras 12 horas de vida de bebês nascidos em partos ocorridos entre 22 horas e 9 horas¹³. Em outro estudo no Canadá, com mães primigestas que demonstravam a intenção de amamentar, observou-se que a utilização da fórmula infantil nas 72 primeiras horas de vida esteve relacionada ao

dobro de desmames dos 30 aos 60 dias e ao triplo de desmames após 60 dias do parto¹⁴.

O leite materno é considerado a principal fonte natural de anticorpos¹⁵, diminui o risco de infecções, alergias e doenças metabólicas e oferece proteção às mães contra câncer de mama e obesidade^{16,17}. A menos que existam razões médicas justificáveis para o uso de fórmulas infantis, a prescrição de substitutos artificiais para bebês sem uma necessidade específica é considerada inadequada¹⁸. Portanto, o registro adequado das razões médicas é fundamental para acompanhar indicadores de qualidade da assistência e a necessidade de intervenções que promovam e protejam o aleitamento materno exclusivo, por meio de um esforço intersetorial e multiprofissional.

É alarmante que uma parte significativa das prescrições avaliadas não incluía a justificativa para a prescrição de fórmula artificial para recém-nascidos. Essa prática aumenta o risco de desmame logo após o parto¹⁹. Além disso, a falta de um critério para a prescrição gera incerteza sobre a devida avaliação clínica e a capacidade profissional para prescrever. A prescrição de fórmula infantil deve ser feita de forma criteriosa visto que, a introdução de substitutos do leite materno na maternidade pode encorajar as mães a manterem essa prática em casa^{19,20}.

Um estudo realizado em um hospital universitário no Rio Grande do Norte revelou que 93,8% das indicações de fórmula infantil não tinham justificativas. Isso ocorreu em outro Hospital Amigo da Criança, onde se esperava rigor nas exigências para a autorização do uso de fórmula⁹. Em comparação com o presente estudo, a avaliação das prescrições na maternidade de Recife mostrou uma prevalência menor de casos sem justificativas.

Ademais, de acordo com estimativas¹⁸, o custo de manter uma criança em aleitamento artificial é alto para o serviço público, aumentando à medida que o volume da fórmula aumenta ao longo do tempo do desenvolvimento do bebê. Em contraste, o aleitamento materno não compromete a situação socioeconômica do paciente e sua família. Assim, o uso responsável dos recursos públicos, com prescrições adequadas de fórmulas infantis, é uma questão de responsabilidade e garante que recursos limitados sejam direcionados para quem realmente precisa.

As indicações médicas aceitáveis para a substituição parcial ou total do leite materno são raras e podem estar relacionadas tanto ao recém-nasci-

do quanto à puérpera¹⁶. O status sorológico positivo materno para os Vírus da Imunodeficiência Humana e Vírus-T linfotrópico humano do tipo 1, por exemplo, deve ser conhecido antes do parto devido ao risco de transmissão em 7 a 22%¹⁹. Outros fatores que indicam a interrupção temporária ou definitiva da amamentação estão relacionados ao uso de medicamentos ou substâncias psicoativas pela pessoa que amamenta. No caso de antineoplásicos e radiofármacos, contraindica-se a amamentação. A suspensão também é indicada em vigência do uso de drogas ilícitas, barbitúricos, opioides e anfetaminas¹⁶.

Em relação ao recém-nascido, um motivo relevante para a indicação de fórmula artificial no hospital avaliado foi o controle glicêmico. Recomenda-se o uso de fórmula em casos de hipoglicemia assintomática comprovada por exame laboratorial, enquanto na hipoglicemia sintomática deve ser administrada glicose endovenosa²¹. A hipoglicemia pode estar associada à ingestão insuficiente de leite materno, frequentemente resultante de dificuldades no ajuste da pega da mama²². A técnica incorreta de pega pode dificultar a sucção e o esvaziamento adequado das mamas, prejudicando a produção de leite e levando, conseqüentemente, à introdução precoce de fórmulas artificiais²³.

O baixo fluxo de leite e outras dificuldades relacionadas à amamentação foram razões frequentes para a prescrição de fórmula infantil na unidade analisada. A baixa produção é apontada como a dificuldade mais comum durante a amamentação, especialmente no período anterior à apojadura²⁴. A hipogalactia é apontada^{9,25} como o principal fator para o desmame precoce em 33 a 71,7% dos casos. Recentemente, a incidência foi significativamente mais baixa (3,57%)¹⁷ sugerindo o efeito de mudanças nas práticas de amamentação ou na forma como as dificuldades estão sendo manejadas ao longo do tempo.

No nível hospitalar, os Bancos de Leite Humano têm importante papel de assistência às pessoas que amamentam, acompanhando-as e orientando-as quanto às dificuldades na amamentação. Entretanto, somente um quarto das nutrízes recebe o encaminhamento do médico assistente⁷. Parece não haver comprometimento multiprofissional na abordagem dos benefícios da amamentação e do uso desse serviço como um lugar de apoio e aprendizado. Diversos fatores que comprometem o aleitamento materno exclusivo podem ser mitigados por meio da atuação integrada entre Bancos de Leite Humano e equipes de saúde. Essas ações incluem garantir a pega adequada durante a

internação, fornecer orientações na alta hospitalar e apoiar o planejamento de uma rotina domiciliar favorável à amamentação^{18,26}.

Embora o objetivo da IHAC seja contribuir para a redução da mortalidade infantil por meio do aumento das taxas de aleitamento materno³, para que a iniciativa seja eficaz é fundamental garantir o cumprimento dos 10 Passos para o Sucesso da Amamentação que formam a base da iniciativa⁴. O décimo passo, sobre o encaminhamento das mães a grupos de apoio na atenção básica, protege a amamentação a longo prazo, pois fortalece as ações de apoio e promoção desde o pré-natal^{27,28}. Assim, medidas que são adequadamente iniciadas na internação durante o pós-parto imediato podem ser fortalecidas por políticas públicas no nível da Atenção Básica.

A falta de apoio e disponibilidade das equipes de saúde contribui para o enfraquecimento do aleitamento materno, deixando as puérperas sem orientação adequada e reféns da prescrição indiscriminada de fórmula infantil. Após a alta hospitalar, mesmo quando há indicação, as famílias e os bebês recebem apenas as informações presentes nos rótulos dos produtos artificiais para a nutrição infantil²⁹. Apesar da progressão nos indicadores de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo no Brasil nas últimas três décadas³⁰, revela-se necessária a avaliação sistemática das políticas institucionais em unidades de saúde que incentivam a prescrição e distribuição de fórmulas infantis em desacordo com as diretrizes nacionais de promoção e proteção do aleitamento materno.

Cabe apontar que o presente estudo apresenta limitações. Uma delas diz respeito ao fato de que os dois últimos meses de coleta de dados coincidiram com o período em que a maternidade era preparada para o processo de renovação da acreditação como Hospital Amigo da Criança. Assim, os resultados podem ter sido positivamente influenciados por uma maior abordagem temática das práticas de apoio e promoção do aleitamento materno durante a rotina da instituição hospitalar no período. Diante disso, encorajamos a realização de estudo complementar com prescrições do período posterior à recertificação ocorrida.

Por fim, reconhecemos que o estudo representa a realidade de uma instituição e não propomos a extrapolação dos resultados. Embora atenda ao objetivo proposto inicialmente, a reprodução metodológica em múltiplos centros e uma abordagem qualitativa junto aos prescritores poderia aumentar a representatividade e revelar o diagnóstico ampliado da IHAC no Brasil.

CONCLUSÃO

A prescrição de fórmulas artificiais para recém-nascidos foi avaliada como de baixa qualidade, devido à falta de justificativas adequadas e à identificação incorreta dos pacientes. Esta prática está em desacordo com as diretrizes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e pode contribuir para o desmame precoce. A ausência de justificativas para a prescrição de fórmula infantil, ao invés de leite humano, reflete a falta de comprometimento dos profissionais de saúde e da instituição com a promoção do aleitamento materno exclusivo. A interferência nega-

tiva de profissionais na proteção da amamentação deve ser interpretada como uma negação do direito à saúde tanto da pessoa que amamenta quanto do bebê. Como medidas institucionais corretivas e preventivas são indicadas a adoção da obrigatoriedade do preenchimento de campos indispensáveis da prescrição, o monitoramento interno de indicadores da IHAC e a formação continuada do profissional incentivando o alinhamento da assistência prestada pela equipe com as recomendações científicas e políticas públicas em saúde vigentes no país.

Declaração do autor CRediT

Metodologia: Barbosa, LCS; Clark, SGF. Validação: Clark, SGF. Análise estatística: Clark, SGF. Análise formal: Clark, SGF. Investigação: Barbosa, LCS. Recursos: Barbosa, LCS. Redação – preparação do rascunho original: Barbosa, LCS. Redação – revisão e edição: Barbosa, LCS; Clark, SGF. Visualização: Clark, SGF. Supervisão: Clark, SGF. Administração do projeto: Barbosa, LCS.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Santos EM, Silva LS, Rodrigues BFS, Amorim TMAX, Silva CS, Borba JMC, et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2019; 24: 1211-1222. doi: 10.1590/1413-81232018243.126120171
2. Ministério da Saúde (BR). Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.
3. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2019; 37 (4): 486-493. doi: 10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004
4. Silva OLO, Rea MMF, Venacio SI, Buccini GS. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2018; 18: 481-489. doi: 10.1590/1806-93042018000300003
5. Venancio SI, Buccini G. Implementation of strategies and programs for breastfeeding, complementary feeding, and malnutrition of young children in Brazil: advances and challenges. *Cad Saude Publica*. 2023; 39 (Supl 2): e00053122. doi: 10.1590/0102-311XEN053122
6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia (2019- 2021). Manual de orientação: Fórmulas e Compostos Lácteos Infantis: em que diferem? – Atualizada –. São Paulo: SBP, 2020.
7. Fonseca RMS, Milagres LC, Franceschini SCC, Henriques BD. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. *Cienc Saude Colet*. 2021; 26: 309-318. doi: 10.1590/1413-81232020261.24362018
8. Boccolini CS, Lacerda EMA, Bertoni N, Oliveira N, Alves-Santos NH, Farias DR, et al. Trends of breastfeeding indicators in Brazil from 1996 to 2019 and the gaps to achieve the WHO/UNICEF 2030 targets. *BMJ Glob Health*. 2023; 8 (9): e012529. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012529.
9. Pinheiro JMF, Menêzes TB, Brito KMF, Melo ANL, Queiroz DJ, Sureira TM. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. *Rev Nutr*. 2016; 29: 367-375. doi: 10.1590/1678-98652016000300007
10. Pinheiro JMF, Flor TBM, Mata AMB, Pires VCC, Oliveira LIC, Barbosa WPM, et al. Prevalência da oferta de complemento alimentar para o recém-nascido. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2021; 21 (3): 869-878. doi: 10.1590/1806-93042021000300008
11. Tase TH, Quadrado ERS, Tronchin DMR. Avaliação do risco de erro na identificação de mulheres numa maternidade pública. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71: 120-125. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0134
12. Zakarija-Grković I, Šegvić O, Vučković Vukušić A, Lozančić T, Božinović T, Čuže A, et al. Predictors of suboptimal breastfeeding: an opportunity for public health interventions. *Eur J Public Health*. 2016; 26 (2): 282-9. doi: 10.1093/eurpub/ckv203
13. Grassley JS, Schleis J, Bennett S, Chapman S, Lind B. Reasons for Initial formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *Nurs Womens Health*. 2014; 18 (13): 197-203. doi: 10.1111/1751-486X.12120
14. Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively feed. *J Pediatr*. 2014; 164: 1439-45. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.12.035
15. Martin CR, Ling PR, Blackburn GL. Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. *Nutrients*. 2016; 8 (5): 279-300. doi: 10.3390/nu8050279
16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.
17. Conceição IF, Rocha CR, Silva LR, Santos IMM, Moreira EC, Teixeira SVB. Compreensão da prevalência do uso do leite artificial para recém-nascidos a partir das indicações: um diagnóstico para prevenção. *Res Soc Dev* 2020; 9 (9): e524997320. doi: 10.33448/rsd-v9i9.7320
18. Cândido FG, Freitas BA, Soares RC, Bittencourt JM, Ribeiro DN, Moraes DC, et al. Aleitamento materno versus distribuição gratuita de fórmulas infantis pelo Sistema Único de Saúde. *einstein* (São Paulo). 2021; 19: eAO6451. doi: 10.31744/einstein_journal/2021AO6451
19. Cerávolo AS, Araújo EB, Carvalho MIS, Maia WO, Souza EB, Grossmann SMC. Avaliação da adequada indicação de leite artificial em recém-nascidos em uma maternidade de referência de Minas Gerais. *Rev. Univ. Vale Rio Verde*. 2013; 11 (1): 78-83. doi: 10.5892/806
20. Sousa EL, Melo LG, Medeiros DM. Práticas de complementação ao leite materno: concepções de puérperas sobre aleitamento materno e uso de fórmula infantil. *Rev Bras Educ*. 2019; 9 (2): 76-84. doi: 10.18378/rebes.v9i2.6149
21. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term

Breastfed Neonate, Revised 2017. Breastfeeding Med. 2017; 12 (4): 188-198. doi: 10.1089/bfm.2017.29038.ajk

22. Gasparin VA, Strada JKR, Moraes BA, Betti T, Gonçalves AC, Espírito Santo LC. Binômios atendidos por consultores em amamentação e a interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês. Rev esc enferm USP. 2019; 53. doi: 10.1590/S1980-220X2018010003422
23. Barbosa GEF, Silva VB, Pereira JM, Soares MS, Filho RAM, Pereira LB, et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. Rev Paul Pediatr. 2017; 35: 265-272. doi: 10.1590/1984-0462/2017;35;3;00004
24. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. Pediatrics. 2013; 131 (3): e726-32. doi: 10.1542/peds.2012-1295
25. Brito RS, Mello TCA, Santos DLA, Lima AR, Nóbrega EJPB. Conhecimento de profissionais de saúde acerca da distribuição do leite humano pasteurizado. J Res Fundam Care. 2014; 6 (1): 261-70. doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p261
26. Shimoda GT, Aragaki IMM, Sousa CA, Silva IA. Associação entre persistência de lesão de mamilos e condições de aleitamento materno. REME Rev Min Enferm. 2014; 18 (1): 68-74. doi: 10.35699/reme.v18i1.50175
27. Pérez-Escamilla RP, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Matern Child Nutr. 2016; 12 (3): 402-17. doi: 10.1111/mcn.1229
28. Passanha A, Benício MHD, Venâncio SI, Reis MCG. Influência do apoio ao aleitamento materno oferecido pelas maternidades. Rev Saude Publica. 2015; 49: 85. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005354
29. Alvarenga WA, Nascimento LC, Leal CL, Fabbro MRC, Bussadori JCC, Melo SSS, et al. Mothers living with HIV: replacing breastfeeding by infant formula. Rev Bras Enferm. 2019; 72 (5): 1153-60. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0880
30. Boccolini CS, Boccolini PM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ER. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. Rev Saude Publica. 2017; 51: 108. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051000029

Como citar este artigo: Barbosa, L.C.S., Clark, S.G.F. (2025). Registros da prescrição indiscriminada de fórmulas infantis em Maternidade Amiga da Criança. *O Mundo Da Saúde*, 49. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202549e16892024P>. Mundo Saúde. 2025,49:e16892024.