

Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia

The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding in a neonatal unit

Marli T Oliveira Vannuchi^a, Carlos Augusto Monteiro^b, Marina Ferreira Réa^c, Selma Maffei de Andrade^d e Tiemi Matsuo^e

^aDepartamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, PR, Brasil.

^bDepartamento de Nutrição. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^cInstituto de Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^dDepartamento de Saúde Coletiva. UEL.

Londrina, PR, Brasil. ^eDepartamento de Matemática Aplicada. UEL. Londrina, PR, Brasil

Descritores

Aleitamento materno. Promoção da saúde. Desmame. Hospitais de ensino. Prematuro. Recém-nascido de baixo peso. Unidades de terapia intensiva neonatal.

Resumo

Objetivo

Avaliar o impacto da iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre a prática do aleitamento materno durante a internação de recém-nascidos em unidade de neonatologia e durante os primeiros seis meses de vida.

Métodos

Foram consultados todos os prontuários de recém-nascidos internados em unidade de neonatologia de um hospital de ensino durante os anos de 1994 (N=285) e 1998 (N=368). Foram analisadas informações sobre o regime alimentar durante a internação e após a alta hospitalar, até os primeiros seis meses de vida. Para estimar a duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo e as diferenças entre os dois anos, foram utilizados a técnica de Kaplan-Meier e o teste de Log-Rank. Análises de regressão logística e de Cox foram aplicadas para controlar variáveis de confusão.

Resultados

Durante o período de internação, houve aumento expressivo do percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo (de 1,9%, em 1994, para 41,7%, em 1998) e alimentação exclusiva por fórmula, que era de 17,9%, em 1994, e deixou de existir em 1998. Quanto à amamentação nos primeiros seis meses de vida, o tempo mediano do aleitamento materno exclusivo aumentou de 12 para 45 dias. Para o aleitamento materno, que inclui a ingestão de outros alimentos, não houve diferença significativa.

Conclusões

A implantação da iniciativa do hospital estudado contribuiu para aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo durante a internação de recém-nascidos em uma unidade de neonatologia e nos primeiros seis meses de vida.

Keywords

Breast feeding. Health promotion. Weaning. Hospitals, teaching. Infant, premature. Infant, low birth weight. Intensive care units, neonatal.

Abstract

Objective

To evaluate the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices among newborns admitted to a neonatal unit, during hospitalization and during the first six months of life.

Methods

The medical records of all newborns admitted to the neonatal unit of a teaching

Correspondência para/ Correspondence to:

Marli T Oliveira Vannuchi
Rua Arthur Jaceguai, 265
86061-180 Londrina, PR, Brasil
E-mail: vannuchi@sercomtel.com.br

Baseado em tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002. Recebido em 14/9/2002. Reapresentado em 30/9/2003. Aprovado em 8/12/2003.

hospital in 1994 (N=285) and 1998 (N=368) were reviewed, and information on the infants' feeding practices during hospitalization and during the first six months of life was analyzed. The duration of breastfeeding and exclusive breastfeeding and the differences between the two years were assessed using the Kaplan-Meier technique and the Log-Rank test. Logistic regression and Cox analysis were performed for confounder control.

Results

There was an important increase in the percentage of infants given breast milk exclusively (1.9% in 1994 to 41.7% in 1998) during hospitalization, and feeding with formula alone, observed in 17.7% of infants in 1994, was no longer noted in 1998. With respect to breastfeeding practices during the first six months of life, the median duration of exclusive breastfeeding increased from 12 days in 1994 to 45 days in 1998. As to breastfeeding, which includes the ingestion of other types of food, no significant difference was observed.

Conclusions

The implementation of the initiative in the studied hospital contributed towards an increase in the exclusive breastfeeding of newborn babies during neonatal unit admission and during the first six months of life.

INTRODUÇÃO

Em virtude de todos os benefícios que o leite materno traz, a amamentação é a melhor forma de alimentar o lactente. As mães devem ser orientadas a amamentar seus filhos integralmente, sem alimentos complementares, até o sexto mês de vida. Após essa idade, é necessária a complementação com outros alimentos ricos em ferro, vitaminas e outros nutrientes, mantendo-se preferencialmente o leite materno até 24 meses ou mais.^{7,12}

A adequação e os benefícios do leite humano estendem-se também para as crianças prematuras, de baixo peso e àquelas que necessitam de internação em unidades de cuidados neonatais. Entretanto, experiências têm mostrado a dificuldade das mães em manter a amamentação, pois grande parte dos recém-nascidos permanece internada em unidades de cuidados neonatais por longo tempo e sua sucção é deficiente devido à imaturidade desse reflexo ao nascer. Além disso, a separação prejudica a formação do vínculo mãe-filho, fator essencial ao sucesso da amamentação.^{9,13} Há ainda a disposição física e as rotinas das maternidades, e os conhecimentos insuficientes dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno (AM), que influenciam negativamente o êxito do início do estabelecimento da amamentação, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais.^{10,11}

Nesse contexto, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) apresenta-se como uma forma de mobilização dos profissionais de saúde que trabalham em serviços obstétricos e pediátricos em favor da amamentação. Trata-se de uma estratégia mundial patrocinada pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) e Unicef. Tem como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno mediante a prática, pelos hospitais, de ações pró-amamentação, conhecidas como “dez passos” para o incentivo do AM.

Em Londrina, a IHAC foi implantada em três hospitais. Acredita-se que essa tenha sido uma das ações mais importantes para a mudança da rotina e das práticas hospitalares referentes ao AM. Todavia, a exemplo do que ocorre em diversos locais, não havia estudos a respeito da contribuição dessa iniciativa em relação a crianças que demandaram cuidados intensivos e que ficaram internadas em unidade de tratamento/cuidados intensivos (UTI/UCI neonatal). Assim, o objetivo do presente estudo foi o de comparar a frequência do AM e do aleitamento materno exclusivo (AME) durante a internação de recém-nascidos na UTI/UCI neonatal e nos primeiros seis meses de vida, antes e após a implantação da IHAC.

MÉTODOS

Estudo realizado em uma unidade de neonatologia de um hospital de ensino, em Londrina, PR, onde havia sido implantado a IHAC.

A população enfocada constou de todos os recém-nascidos internados na UTI/UCI neonatal durante 1994 (N=285), ano anterior ao início do processo da IHAC no hospital estudado e 1998 (N=368), ano em que o hospital julgou cumpridos os “dez passos”. Foram excluídos das análises os recém-nascidos que morreram até 48 horas após o nascimento (17 casos, em 1994, e 18 casos, em 1998), por apresentarem quadros clínicos extremamente graves, o que impediria qualquer tipo de alimentação não parenteral.

As fontes de dados utilizadas foram os prontuários dos recém-nascidos internados na UTI/UCI neonatal. Foram coletados dados sobre o regime alimentar durante a internação e os primeiros seis meses de vida, além de outras variáveis de interesse à pesquisa.

As informações sobre a alimentação da criança durante o primeiro semestre de vida só foram obtidas, em grande parte, devido ao acompanhamento oferecido pelo próprio hospital, em ambulatório específico para atendimento de prematuros, com registro dos atendimentos em seus prontuários. O percentual de perdas da informação sobre a alimentação nos seis primeiros meses de vida foi semelhante nos dois anos, correspondendo a 33,4% das crianças internadas, em 1994, e a 34,8%, em 1998. A análise estatística revelou que as características das crianças sem informações sobre o tipo de aleitamento recebido durante o primeiro semestre de vida não se alteraram significativamente entre 1994 e 1998. A ausência dessa informação decorreu, principalmente, do não-retorno da criança ao ambulatório de acompanhamento do hospital e da falta de anotação, no prontuário, sobre o tipo de aleitamento que a criança estava recebendo no momento do retorno.

A análise dos dados foi feita por intermédio da comparação de freqüências e do uso da tábua de sobrevivência de Kaplan-Meier e do teste de Log-Rank para as estimativas, respectivamente, da duração e das diferenças entre os anos de 1994 e 1998, em relação ao AME e ao AM. Por AME considerou-se alimentação exclusiva com leite da própria mãe e/ou do banco de leite humano (BLH) e, por AM a alimentação com leite da própria mãe e/ou do BLH complementada por outros alimentos.

Para controlar o efeito de variáveis que diferiram significativamente entre crianças nascidas em 1994 e 1998, foram aplicados modelos de regressão logística e de Cox, no sentido de controlar a influência que essas variáveis poderiam ter nas modificações observadas quanto ao regime alimentar dessas crianças.

O projeto da presente pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Universidade Estadual de Londrina.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra características dos recém-nasci-

Tabela 1 - Características dos recém-nascidos internados na Unidade de Tratamento Intensivo neonatal de um hospital de ensino, 1994 e 1998.

Variáveis	1994 (N=268)*		1998 (N=350)*		Valor de p	
	N	%	N	%		
Procedência (materna)						
Londrina	207	77,2	224	64,0	<0,01	
Região	61	22,8	126	36,0		
Sexo						
Masculino	117	43,3	173	49,6	NS	
Feminino	151	56,3	176	50,4		
Peso ao nascer (gramas)						
<1.500	51	19,0	59	16,9	<0,05	
1.500 a 2.499	136	50,7	148	42,3		
2.500 ou mais	81	30,2	143	40,9		
Classificação da maturidade (semanas)						
Pré-termo (<37)	173	66,8	217	63,5	NS	
A termo (37-42)	83	32,0	122	35,7		
Pós-termo (>42)	3	1,2	3	0,9		
Relação peso/idade gestacional						
Pequeno p/ idade gestacional	62	23,1	49	14,0	<0,001	
Adequado p/ idade gestacional	201	75,0	269	76,9		
Grande p/ idade gestacional	5	1,9	32	9,1		
Duração da internação (dias)						
1 a 5	60	22,4	87	24,9	NS	
6 a 10	70	26,1	96	27,4		
11 a 15	34	12,7	33	9,4		
16 a 20	24	9,0	23	6,6		
21 a 25	19	7,1	24	6,9		
26 a 30	15	5,6	11	3,1		
31 a 35	9	3,4	19	5,4		
36 ou mais	37	13,8	57	16,3		
Índice de Apgar						
Primeiro minuto						
0 a 3	52	19,8	38	11,4	<0,01	
4 a 7	77	29,4	81	24,3		
8 a 10	133	50,8	215	64,4		
Quinto minuto						
0 a 3	9	3,4	4	1,2	<0,01	
4 a 7	41	15,6	31	9,3		
8 a 10	212	80,9	298	89,5		

*Excluídos todos os óbitos até 48 horas.
NS= Não significativo.

dos internados na UTI/UCI neonatal em 1994 e 1998. Nesse período, há aumento da frequência de recém-nascidos de mães não residentes em Londrina (de 22,8%, em 1994, para 36,0%, em 1998), diminuição dos recém-nascidos de baixo peso (de 69,7% para 59,2%) e pequenos para a idade gestacional (de 23,1% para 14,0%) e melhora na distribuição do índice de Apgar. As distribuições por sexo, idade gestacional e duração da internação não se alteraram no período.

A Tabela 2 descreve o tipo de alimentação recebida durante a internação, onde se observam mudanças significativas no regime alimentar dos recém-nascidos ($p < 0,0001$). Destaca-se aumento expressivo do percentual de crianças que passaram a receber exclusivamente leite humano (de 1,9%, em 1994, para 41,7%, em 1998). Observa-se, ainda, que em 1994 não se utilizava leite do BLH, apesar da existência desse no hospital. Em 1998, o BLH passou a ter participação ativa na manutenção do AME das crianças internadas na UTI/UCI neonatal, ocorrendo o abandono da prática da utilização da fórmula exclusiva.

No que se refere à utilização de combinações de tipos de leite, em 1994, 80,2% das crianças recebiam leite da própria mãe associado à fórmula; em 1998, essa associação virtualmente desaparece (0,6%), sendo substituída, em grande medida, pela combinação de leite da própria mãe, leite do banco e fórmula.

O regime alimentar durante a internação, na análise de regressão logística, foi caracterizado em AME e em não AME, devido ao desaparecimento de casos que recebiam fórmula exclusiva em 1998. No modelo final dessa análise, o controle das variáveis de confusão atenuou apenas ligeiramente a forte associação entre o ano de internação e o AME: *odds ratio* (OR) bruto de 36,1 (IC 95%: 13,9 a 101,8) antes do contro-

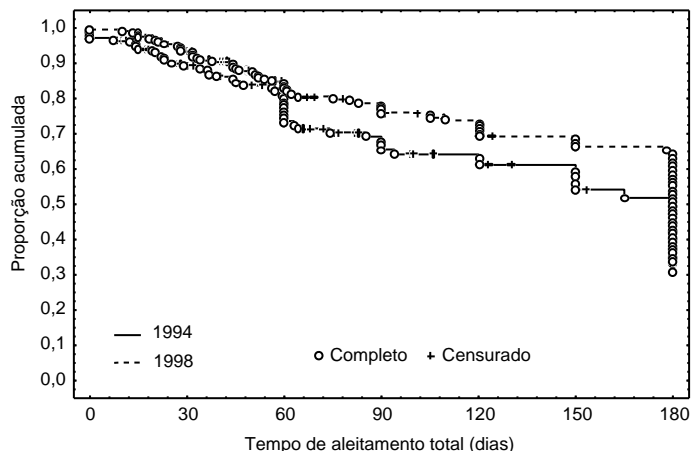


Figura 1 - Curvas de sobrevida do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. Crianças internadas na Unidade de Tratamento Intensivo - neonatal de um hospital de ensino, 1994 e 1998.

le e OR de 35,7 (IC 95%: 14,2 a 89,9) após o controle.

A frequência do AM ao longo dos primeiros seis meses de vida das crianças de 1994 e 1998 foi estimada pelo emprego da técnica de Kaplan-Meier, distinguindo-se duas categorias: AM e AME.

A Figura 1 mostra o comportamento das curvas de sobrevida do AM durante os primeiros seis meses de vida. O tempo mediano de AM foi de 176 dias para 1994 e 180 dias para 1998. O teste de Log-Rank não apontou diferenças significativas entre as curvas de sobrevida do AM em 1994 e 1998.

A Figura 2 apresenta as curvas de sobrevida do AME durante os primeiros seis meses de vida. O tempo mediano do AME foi de 12 dias para o grupo de crianças de 1994 e de 45 dias para as crianças de 1998. O teste de Log-Rank apontou diferença significativa ($p < 0,001$) entre as curvas de sobrevida do AME, entre o grupo de 1994 e 1998.

As crianças de 1994 e de 1998 acompanhadas du-

Tabela 2 - Distribuição percentual de recém-nascidos, segundo o tipo de alimentação recebida durante internação na Unidade de Tratamento Intensivo neonatal de hospital de ensino, 1994 e 1998.

Regime alimentar durante a internação	1994 (N=257)*	1998 (N=345)*
Leite humano exclusivo	1,9	41,7
Só da mãe	1,9	9,6
Só do banco de leite	-	1,4
Mãe + banco de leite	-	30,7
Fórmula exclusiva	17,9	-
Leite humano + fórmula	80,2	58,3
Mãe + fórmula	80,2	0,6
Banco + fórmula	-	1,2
Mãe + banco + fórmula	-	56,5
Total	100,0	100,0

$p < 0,0001$

*Excluídos os óbitos até 48 horas e ainda 11 casos (4,1%), em 1994, e cinco casos (1,4%), em 1998, por falta de anotação nos prontuários.

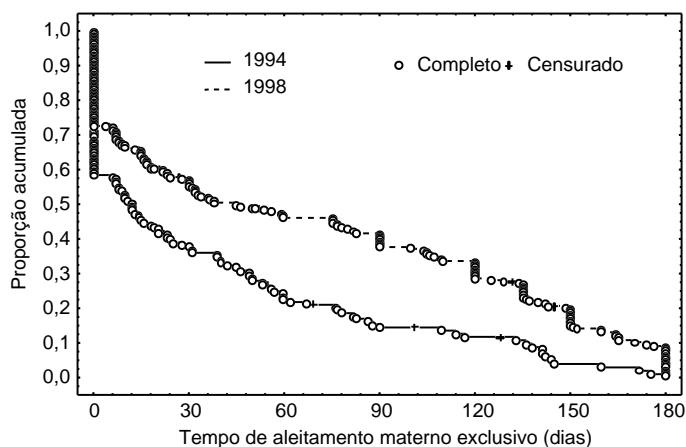


Figura 2 - Curvas de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida. Crianças internadas na Unidade de Tratamento Intensivo - neonatal de um hospital de ensino, 1994 e 1998.

rante os primeiros seis meses de vida diferiram significativamente ($p < 0,05$) em relação a duas variáveis: relação peso/idade gestacional e tempo de internação. Para controlar a influência dessas variáveis sobre o AM e AME, nos primeiros seis meses de vida, aplicou-se o modelo de regressão de Cox, cujos resultados confirmaram a ausência de diferenças estatisticamente significativas quanto à frequência do AM em 1994 e 1998 (OR ajustado = 1,07; IC 95% de 0,82-1,40). Para o AME, no modelo final da análise de regressão de Cox, mesmo após o controle das variáveis de confusão, persistiu significativa a maior frequência do AME em 1998 (OR ajustado = 3,77; IC 95% de 1,15-12,35), o que indica que a chance das crianças nascidas em 1998 terem recebido AME durante os primeiros seis meses de vida é quase quatro vezes superior à das crianças nascidas em 1994.

DISCUSSÃO

No Brasil são comuns as avaliações de efetividade em intervenções já implantadas pelos serviços.⁸ Se, por um lado, isso é desejável, uma vez que a avaliação deve ser incorporada à prática dos serviços, por outro, pode gerar limitações de ordem metodológica para a realização de pesquisas. Nessa perspectiva, o presente estudo, por ter sido realizado após a implantação da IHAC e desenvolvido por meio de análises de registros existentes no serviço, apresenta como principal limitação a impossibilidade de se contar com um grupo controle comparável. O sorteio de um grupo controle, para observação dos dois grupos em um estudo prospectivo, desenho considerado mais apropriado para avaliação dessas alterações, seria inviável não somente pelo fato de a pesquisa ter sido realizada após a implantação da IHAC no hospital, como também por questões éticas, uma vez que se teria um grupo que se beneficiaria do AM e outro

não. O grupo controle utilizado correspondeu à população de recém-nascidos internados na UTI/UCI neonatal do hospital em 1994, época que precedeu a implantação da IHAC. Com o objetivo de melhorar a limitação decorrente do não sorteio de um grupo controle, buscou-se identificar eventuais diferenças entre os grupos de recém-nascidos estudados em 1994 e em 1998 e controlar o efeito dessas diferenças, por meio de análises estatísticas, nas comparações entre os padrões de alimentação encontrados nos dois momentos estudados.

Por outro lado, apesar de pouca quantidade, há estudos em populações controladas que mostram a efetividade da IHAC sobre o AME. Luther et al⁵ compararam, em Santos, SP, dois grupos de mulheres, sendo que um deles deu à luz num hospital "Amigo da Criança" e o outro num hospital que não possuía o programa (grupo controle). Os resultados mostraram aumento de 53 dias para o AME entre as mulheres atendidas no hospital "Amigo da Criança". Correa² analisou o impacto das ações de saúde na duração do aleitamento materno total em crianças nascidas em dois hospitais de Santos-SP, sendo um deles "Amigo da Criança". Os resultados mostraram que a implantação dos "dez passos" direciona as necessidades de proteção, promoção e incentivo ao AM nas maternidades.

Segundo Levin,⁴ a IHAC tenderia a beneficiar somente os bebês saudáveis, uma vez que apenas as rotinas das maternidades contemplariam os "dez passos", enquanto uma unidade de terapia intensiva neonatal, no mesmo hospital, não responderia a todos os passos. Entretanto, os resultados da presente pesquisa contrariam a opinião apresentada por Levin,⁴ uma vez que a implantação dos "dez passos" da IHAC na UTI/UCI neonatal do hospital estudado resultou no aumento dos índices do AME (elevando a mediana de duração de 12 dias, em 1994, para 45 dias, em 1998) e na abolição do uso de fórmulas exclusivas. Embora não seja uma estratégia específica para UTI neonatal, a IHAC, no hospital estudado, contribuiu para mudanças de práticas na alimentação de crianças que demandaram cuidados especiais e para a ampliação da duração do AME nos primeiros seis meses de vida. Isso, possivelmente, pode ser atribuído a uma maior motivação da equipe de saúde para mudanças de práticas relacionadas à alimentação dessas crianças, aliada à existência de um BLH no próprio hospital. Pesquisa semelhante, realizada no *Boston Medical Center* (Estados Unidos) e publicada em 2003, também mostrou impacto positivo da IHAC sobre o AME e o AM de crianças internadas em UTI neonatal.⁶

Atualmente, sabe-se que bebês prematuros são capazes de responder adequadamente quando se utiliza leite humano, e que o leite produzido por essas mães apresenta composição diferenciada em termos de aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos. Tal leite ajusta-se às peculiaridades fisiológicas do metabolismo desses bebês, o que leva as UTI neonatal dos hospitais “Amigos da Criança” a utilizarem exclusivamente leite humano, obtendo excelentes respostas.¹ Nesse contexto, apesar de não ser obrigatório, é recomendável que uma instituição com UTI neonatal tenha à disposição um banco de leite, preferencialmente instalado em suas dependências, a fim de atender os recém-nascidos de risco nela internados. O banco de leite do hospital estudado, como demonstrado, teve um papel fundamental no AME das crianças internadas na UTI/UCI neonatal.

A elevação da mediana do AME torna-se bastante significativa em se tratando de recém-nascidos prematuros e de baixo peso. Estudo realizado por Hylander et al,³ na UTI Neonatal do Centro Médico da Universidade de Georgetown, mostrou o efeito do leite humano na incidência de infecções em crianças de muito baixo peso durante sua hospitalização. A incidência de infecções em crianças que receberam leite humano foi de 29,3% e, em relação às crianças que receberam fórmula, de 47,2%. A incidência de sepsis e meningite foi de 19,5% em crianças que receberam leite humano e de 32,6% nas alimentadas com fórmula. Os resultados obtidos mostram que as infecções foram significativamente re-

duzidas nas crianças alimentadas com leite humano.

O leite produzido pelas mães de prematuros traz benefícios não apenas por apresentar maiores quantidades de fatores imunológicos, mas, também, pelo menor risco da presença de contaminantes. As crianças prematuras e de baixo peso nem sempre são beneficiadas pela transferência de imunoglobulinas através da placenta que ocorre após 34 semanas de gestação. Por estarem expostas a um ambiente patogênico durante a internação em UTI, é fundamental que elas recebam os fatores de proteção através do leite da própria mãe como primeira opção, ou de leite humano de banco de leite, como segunda opção, desde que seja compatível com a idade gestacional do recém-nascido.

A decisão de cumprir todos os passos relativos à IHAC, a mudança de postura da equipe frente ao aleitamento dessas crianças e a existência de um BLH no hospital contribuíram para melhoria dos índices de AM num grupo de crianças em que a amamentação representa dificuldades peculiares, seja para o recém-nascido, para a mãe, para a família ou ainda para a equipe de saúde que assiste esse recém-nascido durante o parto e o período de internação.

Aumentar as taxas de AM enquanto o recém-nascido ainda se encontra hospitalizado e durante o seguimento ambulatorial pós-alta implica também em assegurar os benefícios que essa prática representa a longo prazo para o desenvolvimento imunológico, emocional, nutricional e neurológico dessas crianças.

REFERÊNCIAS

1. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
2. Correa AMS. Aleitamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1996.
3. Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feeding and infection among very low birth weight infants [electronic article]. *Pediatrics* 1998;102. Available from: <URL: <http://www.pediatrics.org> [1999 Jul 14].
4. Levin A. Human e neonatal care initiative. *Acta Paediat* 1999;88:353-5.
5. Luther CH, Pérez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997;87:659-63.
6. Merewood A, Philipp B, Chawla N, Cimo S. The baby-friendly hospital initiative increases breastfeeding rates in a US neonatal intensive care unit. *J Hum Lact* 2003;19:166-71.
7. Ministério da Saúde. Recomendações Técnicas para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. 4ª ed. Brasília (DF): Secretaria da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde; 1999.

8. Novaes HMDN. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000;34:547-59.
9. Oliveira MMB, Sentone ADD, Brenes MIM, Silva VES, Assis RO, Oliveira CH. Desmistificando uma regra geral: como ações de apoio à amamentação da mãe do prematuro também podem aumentar o seu tempo de lactação. In: Anais do II Encontro de Atividades Científicas UNOPAR, Londrina, 1999. Londrina: UNOPAR; 1999. p. 119.
10. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis: declaração conjunta OMS/ UNICEF. Genebra; 1989.
11. Réa MF. Substitutos do leite materno: passado e presente. *Rev Saúde Pública* 1990;24:241-9.
12. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2001. (Document A 54/7)
13. Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. *Rev Saúde Pública* 1991;25:381-7.