

Série de casos e protocolo de uso da translactação em recém-nascidos hospitalizados

Case series and protocol for the use of translactation in hospitalized newborns

Serie de casos y protocolo para el uso de translactación en recién nacidos hospitalizados

Maíra Domingues Bernardes Silva¹ 

Alana Benevides Kohn¹ 

Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira¹ 

Barbara Almeida Soares Dias² 

Enirtes Caetano Prates Melo¹ 

¹Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal de Roraima (UFRR), Boa Vista, Roraima, Brasil.

Autor correspondente:

Barbara Almeida Soares Dias

E-mail: barbaraalmeidasd@gmail.com

Extraído da Tese de Doutorado: "Aleitamento materno na atenção neonatal e infantil de alta complexidade: estudo de coorte", defendida em 2020, no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/ENSP), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Submetido: 04 setembro 2023

Aceito: 13 agosto 2025

Publicado: 31 dezembro 2025

Editor Convidado: Maria Aparecida Gaiva

Editor Associado: Bianka Sousa Martins Silva

Como citar este artigo: Silva MDB, Kohn AB, Oliveira RVC, Dias BAS, Melo ECP. Série de casos e protocolo de uso da translactação em recém-nascidos hospitalizados. Rev. Eletr. Enferm. 2025;27:77211. <https://doi.org/10.5216/ree.v27.77211> Português, Inglês.

RESUMO

Objetivos: propor a elaboração de protocolo e um plano para implementação da translactação em recém-nascidos (RN) hospitalizados e descrever o perfil sociodemográfico e clínico de RN que utilizaram a translactação durante a hospitalização. **Métodos:** estudo descritivo analítico realizado em uma instituição brasileira, referência em alto risco neonatal e infantil. Inicialmente, foi elaborado e implementado um protocolo sobre o uso da translactação. Após, os RN em uso da técnica foram caracterizados segundo a prática alimentar na alta hospitalar, utilizando média, frequências absolutas e relativas. **Resultados:** o protocolo de uso com indicações e técnica da translactação foi elaborado, validado por consenso e disponibilizado para uso na instituição. Dos 28 RN que utilizaram a técnica, 46,4% permaneceram em aleitamento materno exclusivo (AME) na alta hospitalar. A duração do uso da técnica variou de um a 29 dias, abrangendo RN pré-termos, baixo peso e com morbiidades perinatais. A maioria deles permaneceu em aleitamento materno na alta hospitalar. **Conclusão:** o protocolo possibilita padronizar a técnica de translactação com adequada indicação e pode impactar positivamente na assistência em aleitamento materno, especialmente na população de risco. A translactação possivelmente contribuiu para incentivar e manter o AME durante a hospitalização.

Descriptores: Aleitamento Materno; Bancos de Leite Humano; Saúde da Criança; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to develop and implement a protocol for the translactation method in hospitalized newborns and to describe the sociodemographic and clinical profile of newborns who received this method during hospitalization. **Methods:** this descriptive analytical study was conducted at a Brazilian institution specializing in high-risk neonatal and child care. Initially, a protocol on the use of translactation method was developed and implemented. Subsequently, newborns receiving the SFTD were characterized according to their feeding practices at hospital discharge, using mean, absolute, and relative frequencies. **Results:** the protocol for use with indications and the translactation method was developed, validated by consensus, and made available for use at the institution. Of the 28 newborns who received translactation, 46.4% maintained exclusive breastfeeding (EBF) upon hospital discharge. The duration of the use of translactation ranged from one to 29 days, including preterm and low-birth-weight newborns, and those with perinatal morbiidities. Most of them remained on breastfeeding at hospital discharge. **Conclusion:** the protocol allows for standardization of translactation method with appropriate indications and may positively impact breastfeeding care, especially in at-risk populations. The translactation method likely contributed to encouraging and maintaining EBF during hospitalization.

Descriptors: Breast Feeding; Milk Banks; Child Health; Health Promotion.

© 2025 Universidade Federal de Goiás. Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.



RESUMEN

Objetivos: proponer el desarrollo de un protocolo y un plan para la implementación de translactación en recién nacidos hospitalizados y describir el perfil sociodemográfico y clínico de los recién nacidos que recibieron esta técnica durante la hospitalización. **Métodos:** Este estudio descriptivo y analítico se realizó en una institución brasileña especializada en atención neonatal e infantil de alto riesgo. Inicialmente, se desarrolló e implementó un protocolo sobre el uso de translactación. Posteriormente, se caracterizó a los recién nacidos que recibieron la técnica según sus prácticas de alimentación al alta hospitalaria, utilizando frecuencias medias, absolutas y relativas. **Resultados:** el protocolo de uso, incluyendo las indicaciones y el sistema de alimentación suplementaria se desarrolló, validó por consenso y se puso a disposición para su uso en la institución. De los 28 recién nacidos que recibieron la técnica, el 46,4% continuó con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria. La duración del uso de la técnica osciló entre uno y 29 días, incluyendo recién nacidos prematuros, de bajo peso al nacer y con morbilidades perinatales. La mayoría continuó con la lactancia materna al alta hospitalaria. **Conclusión:** el protocolo permite estandarizar el sistema de alimentación suplementaria con las indicaciones adecuadas y puede tener un impacto positivo en la atención a la lactancia materna, especialmente en poblaciones de riesgo. El sistema de translactación probablemente contribuyó a fomentar y mantener la lactancia materna exclusiva durante la hospitalización.

Descriptores: Lactancia Materna; Bancos de Leche Humana; Salud Infantil; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

Os benefícios a curto e longo prazo do aleitamento materno para as mães e crianças são bem descritos na literatura^[1-4]. Essa prática é ainda mais relevante quando se refere a recém-nascidos (RN) pré-termo, baixo peso e vulneráveis por razão de morbidades e malformações, pois impacta na redução da mortalidade neonatal e infantil^[5-7]. Uma das situações que podem reduzir a prevalência e duração do aleitamento materno é a internação de crianças em unidades de alto risco^[8,9]. Nesses locais, os RN são expostos a determinantes presentes no serviço e a determinantes individuais, envolvidos no atendimento de alto risco, tais como aspectos clínicos do RN de maior complexidade e aspectos clínicos e emocionais da mãe, que podem afetar as práticas de aleitamento materno.

As taxas de amamentação abaixo do desejável em todo o mundo^[10] demandam atenção de pesquisadores e profissionais de saúde para identificar os fatores associados à prática que sejam determinantes passíveis de modificação. Com isso, eles podem contribuir com estratégias e intervenções custo-efetivas para o sucesso desta prática alimentar. Como resultado, programas e políticas públicas nacionais e internacionais de promoção e apoio à amamentação foram desenvolvidos para promover o aumento da adesão a estas estratégias durante a internação hospitalar (Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC; Banco de Leite Humano – BLH; Método Canguru, dentre outros)^[11,12], e estimular a manutenção desta prática até os dois anos de vida ou mais.

No que concerne à oferta de leite humano ou fórmula infantil comercial para RNs internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), nas instituições sem disponibilidade de BLH, há estratégias que aumentam as chances de sucesso da amamentação sem oferta de mamadeira ou uso de bico artificial^[13,14].

Entre elas podem ser citadas o uso do copo e a translactação (conhecido internacionalmente como “*supplemental feeding tube device*”), que são intervenções simples e com efeito positivo para sucesso da amamentação^[15-18].

O uso do copo é um método alternativo para RN que não se alimentam diretamente no seio materno^[19]. Por outro lado, a trans-

lactação consiste no uso de recipiente contendo leite, preferencialmente humano, conectado à mama por meio de uma sonda. Uma das pontas é fixada na aréola, e nessa posição é inserida na boca do RN (se a mãe preferir, poderá segurar a sonda na posição, sem necessidade de fixação do dispositivo), enquanto a outra ponta permanece dentro do recipiente/copo. Desta forma, ao sugar a mama, o RN recebe o complemento, proporcionando satisfação plena do apetite e um momento prazeroso para mãe e filho^[20].

Embora as evidências disponíveis sobre a translactação sejam limitadas^[17] e falte padronização sobre seu uso, esse método tem sido recomendado, especialmente por profissionais de saúde com expertise na prática clínica de amamentação. Muitos departamentos de saúde em diferentes países também reconhecem os benefícios da translactação no estímulo à produção de leite^[18,20-23]. Trata-se de uma alternativa ao uso de mamadeira quando há indicação de complementação^[16,23], uma vez que favorece a transição para o seio materno e a alta hospitalar precoce^[23]. Adicionalmente, pode ser útil na resolução de algumas dificuldades no aleitamento materno^[16].

Considerando os benefícios observados na prática clínica e os poucos estudos nessa área, bem como a falta de um consenso em relação à padronização desta técnica no apoio ao aleitamento materno, são necessárias mais pesquisas e diretrizes para garantir melhores práticas no seu uso por enfermeiros(as) e outros profissionais de saúde^[16,22,23].

Com o propósito de contribuir para o avanço da prática baseada em evidência nessa área e favorecer a padronização da orientação das famílias e profissionais de saúde sobre a técnica, o presente estudo tem como objetivos propor um protocolo para implementar a translactação em recém-nascidos hospitalizados e descrever o perfil sociodemográfico e clínico de RN que utilizaram a translactação durante a hospitalização.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descriptivo analítico, realizado no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescen-

te Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ), localizado no Rio de Janeiro (Brasil). Esse serviço é referência nacional na atenção ao neonato e criança de alto risco.

Esse estudo faz parte de um projeto matriz que acompanhou crianças desde o nascimento até o sexto mês de vida⁽²⁴⁾.

A primeira etapa deste estudo compreendeu a elaboração de um protocolo por um painel de especialistas no início de 2017, baseado nas melhores práticas para o uso da translactação, e um plano para a sua implementação pelo BLH do IFF/FIOCRUZ, que é um Centro de Referência Nacional para BLH (rBLH-BR).

Para o desenvolvimento do protocolo, foram contemplados os seguintes desafios identificados: (i) falta de padronização do uso da técnica para equipe de saúde; (ii) falta de compreensão sobre as indicações de uso; (iii) necessidade do reconhecimento dos benefícios da translactação; (iv) risco de contaminação e desperdício de sondas no domicílio; e (v) dificuldade materna com a compreensão das indicações e benefícios, adesão e execução da técnica.

O método de estruturação sistemática de processos de julgamentos e confronto foi considerado na construção do protocolo, a partir de painel de especialistas composto por quatro profissionais da área da saúde envolvidos no cuidado e suporte em aleitamento materno no BLH do IFF. Durante reuniões presenciais, foram descritas as indicações e os procedimentos com base na literatura mais recente sobre o tema e na expertise clínica, e o material educativo (folder) foi planejado e elaborado com fotografias para facilitar a compreensão das famílias sobre a técnica.

O protocolo permanece em uso pela equipe de saúde do BLH do IFF/FIOCRUZ e é revisado anualmente pelo painel de especialistas. A técnica de translactação pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde ou pela própria mãe, desde que seja oferecida prévia orientação, e mediante demonstração de compreensão dos mesmos sobre seu uso. O protocolo de uso da técnica prevê material educativo de apoio com descrição de todo o processo.

Na segunda etapa deste estudo, a aplicabilidade do plano de implementação do protocolo foi avaliada a partir de uma série de casos. Todos os RN elegíveis estavam internados e fizeram uso da técnica de translactação para a oferta de leite humano ou fórmula infantil comercial, associada ou não a outros métodos de alimentação, como o uso do copo ou mamadeira.

Os RN foram selecionados a partir de uma população fonte de participantes de coorte, composta por crianças recrutadas na unidade descrita e acompanhadas até os seis primeiros meses de vida, com início do seguimento em 13 de março de 2017 e término em 12 de outubro de 2018.

As fontes de dados foram os registros em prontuário do RN e a entrevista face a face com as respectivas mães durante a internação hospitalar. Foram obtidas informações sobre o pré-natal, parto, a mãe, criança, o aleitamento materno e a prática alimentar.

Os protocolos de garantia e controle da qualidade foram mantidos durante a coleta de dados. Eles incluíram o treinamento e certificação da equipe de coleta de dados, o pré-teste dos instrumentos e a aplicação de um teste piloto durante o primeiro mês do trabalho de campo.

A entrada de dados no sistema de registro ocorreu por meio de aplicativo *web* desenvolvido para esta pesquisa, acessado em dispositivo móvel ou computador com acesso à internet. Maior detalhamento sobre os participantes e os procedimentos adotados na coleta de dados estão descritos em estudo prévio⁽²⁴⁾.

No presente recorte do estudo matriz, as variáveis de interesse incluíram:

- a) características do RN: idade em número de dias, sexo, gêmeiridade, pré-termo, índice de Apgar no 5º minuto, peso ao nascer, morbidades perinatais e cirúrgicas, malformações congênitas, morbidades gestacionais, alimentação com leite humano ou fórmula infantil; uso de copo para dieta; dieta zero; uso de sonda orogástrica (SOG) ou nasogástrica (SNG); uso de mamadeira; uso de chupeta; tempo de translactação.
- b) características da mãe: idade, escolaridade, renda, ter recebido orientação sobre amamentação no pré-natal, ter feito contato pele a pele com o RN, e separação mãe-bebê nas primeiras 12 horas de vida.
- c) prática alimentar do RN na alta hospitalar.

A análise descritiva foi realizada com uso do software R (versão 3.6.3., 2023, R Core Team, Nova Zelândia) e expressa por meio de frequências absolutas e relativas, médias, mínimo e máximo, e intervalos de confiança de 95% (IC95%) para as proporções.

O projeto de pesquisa matriz deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/FIOCRUZ, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 62931416.6.0000.5269.

RESULTADOS

Quatro profissionais participaram do processo de elaboração do protocolo; uma enfermeira pediátrica, dois médicos - um pediatra e um neonatologista, e uma enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do IFF/FIOCRUZ. A versão final do protocolo foi produzida mediante consenso no painel de especialistas, e incluiu indicações da técnica e os procedimentos a serem realizados (Quadro 1).

Ilustrações foram adicionadas ao protocolo para guiar a sua implementação pelas nutriz e seus familiares, e favorecer a compreensão e memorização de algumas etapas e procedimentos (Figura 1).

Participaram do estudo 28 recém-nascidos que utilizaram a translactação durante a internação. Dentre estes, 82,1% (n = 23) estavam sendo amamentados na alta hospitalar, dos quais 46,4% (n = 13) em aleitamento materno exclusivo (AME).

A duração do uso da técnica de translactação variou de um a 29 dias, sendo a média de 5,7 dias. A idade média das crianças no início da translactação foi de 28 dias, variando entre dois e 108 dias.

As características dos recém-nascidos em AME na alta hospitalar revelam que eles constituíam diferentes grupamentos de risco, tais como RN pré-termos, RN de baixo peso, RN com morbidades perinatais e malformação congênita com correção cirúrgica (Tabela 1).

Dos 13 RN pré-termos, nove estavam amamentando na alta hospitalar. Dentre os 15 RN com malformação congênita com corre-

Quadro 1 - Protocolo de uso da técnica de translactação, Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Indicações
(i) Estímulo da produção de leite (após RN mamar os dois seios);
(ii) Oferta de leite complementar prescrito (leite humano pasteurizado, leite humano cru ou fórmula infantil comercial) temporariamente para o RN, a fim de evitar uso de mamadeiras;
(iii) Lactação adotiva após avaliação médica dos exames laboratoriais semelhantes aos solicitados no pré-natal (sorologia para hepatite B, hepatite C, sífilis, citomegalovírus, HTLV e HIV); e
(iv) Lactação em mãe não gestante de casal homoparental feminino após avaliação médica dos exames laboratoriais semelhantes aos solicitados no pré-natal (sorologia para hepatite B, hepatite C, sífilis, citomegalovírus, HTLV e HIV).
Procedimento
i. Preparar os recursos necessários: álcool 70%, tesoura, sonda gástrica ou de aspiração traqueal número 4, frasco contendo o leite humano doado pasteurizado, leite humano cru ou fórmula infantil comercial;
ii. Higienizar as mãos (mães e profissionais de saúde). Calçar as luvas de procedimento e vestir gorro e máscara (profissionais de saúde);
iii. Utilizar sonda gástrica ou de aspiração traqueal número 4;
iv. Cortar os orifícios da extremidade da sonda quando estão distantes uns dos outros, deixando apenas uma única saída (quando os orifícios estão próximos, o corte é facultativo);
v. Inserir a extremidade colorida da sonda no frasco contendo leite humano pasteurizado, cru ou fórmula infantil comercial (quando não houver possibilidade de oferecer leite humano);
vi. Oferecer os dois seios até que o recém-nascido demonstre os primeiros sinais de saciedade ou irritabilidade;
vii. Posicionar o frasco com leite abaixo do nível da cabeça do recém-nascido (para evitar fluxo por gravidade);
viii. Inserir 1,5 - 2 cm da sonda pela comissura labial direcionando para o palato.
ix. Verificar a entrada de leite durante a sucção do recém-nascido, checando ocasionalmente se há fluxo contínuo através da elevação da extremidade colorida da sonda (é possível visualizar a entrada de ar na sonda com fluxo contínuo positivo durante a sucção).
x. Em uso hospitalar, descartar a sonda após cada uso. No domicílio, armazenar a sonda em um recipiente com tampa, previamente desinfetado com álcool 70%, na geladeira (por até 24 horas). Para armazenar a sonda, faz-se necessária a higienização a cada uso com os seguintes passos: (a) Lavar o interior da sonda em um único jato de seringa (10 mililitros) com água filtrada, fervida e em temperatura ambiente; (b) Aspirar e desprezar o excesso de água do interior da sonda; (c) Preencher a seringa de ar e injetar o ar na sonda para secagem (repetir mais uma vez o passo da secagem);
xi. Registrar em prontuário hospitalar a compreensão e realização da técnica pela mãe, bem como a reação e resposta da criança ao procedimento aplicado pela mãe e/ou profissional de saúde.
xii. Posso apresentar os itens abaixo em uma linha do quadro só?

ção cirúrgica, 13 receberam alta hospitalar em aleitamento materno, dos quais oito em AME.

Dentre os 26 RN que receberam leite humano pasteurizado do BLH, 80,8% ($n = 21$) permaneceram em aleitamento materno, e entre eles, a maioria em AME. Por outro lado, verificou-se maior proporção de aleitamento materno complementado e aleitamento artificial na alta hospitalar entre os RN para os quais foi utilizada a fórmula infantil (Tabela 1).

Verificou-se também que os RN que utilizaram o copo apresentaram maior proporção de AME na alta hospitalar, diferentemente do que ocorreu com aqueles que fizeram uso da mamadeira e da chupeta. Ainda assim, em situações de descontinuidade, a maioria das crianças transitou para o aleitamento materno complementado (Tabela 1).

O tempo de internação dos RN variou de três a 114 dias. As características individualizadas dos casos podem ser visualizadas na Tabela 2. Dos 13 (46,42%) RN em AME na alta hospitalar, sete apresentavam gastosquise. Entre os dez (35,71%) RN em aleitamento materno parcial, seis apresentavam peso entre 1500 – 2500 gramas e morbidades importantes.

DISCUSSÃO

Ao disponibilizar um protocolo de uso da técnica de translactação elaborado mediante consenso de especialistas e com base nas melhores evidências, o estudo contribui com uma tecnologia de impacto para a prática assistencial. Mediante sua implementação em um contexto de assistência de alta complexidade ao RN, o aleitamento materno se manteve na rotina hospitalar.

O uso do protocolo favorece a padronização da técnica, a prescrição adequada, minimiza o risco de infecção, reduz os custos com material em domicílio e amplia a confiança materna na realização da técnica adequada sem uso de bicos artificiais.

A análise da série de casos ofereceu uma caracterização de RN que fizeram uso da translactação e a identificação de desfechos relacionados à prática alimentar na alta hospitalar, sinalizando a contribuição dessa tecnologia para o estabelecimento do AME.

Na alta hospitalar, a maioria dos RN em que foi utilizada a técnica de translactação estava amamentando, e aproximadamente metade destes se mantiveram em aleitamento materno exclusivo. O uso do copo e do leite humano pasteurizado do BLH, de forma isolada ou em associação, é estratégia facilitadora e prediz maior prevalência de aleitamento materno^(9,26).

Figura 1 - Ilustrações adicionadas ao protocolo para apoio educativo às nutrizes e seus familiares na utilização da técnica de translactação no contexto domiciliar e hospitalar, Rio de Janeiro, Brasil, 2018



Nota: (a) Higienização das mãos; (b) Desinfecção da tesoura com o uso de álcool 70%; (c) Corte da extremidade não colorida da sonda (facultativo); (d) Inserção da sonda pela comissura labial do bebê; (e) Translactação com leite humano doado do BLH; (f) Checagem do fluxo; (g) Material para higienização da sonda quando em uso domiciliar; (h) Lavagem do interior da sonda com água fervida, filtrada e amornada; (i) Armazenamento da sonda na geladeira quando for utilizar no domicílio. Imagens autorizadas.

Fonte: Silva⁽²⁵⁾

Tabela 1 - Características dos recém-nascidos hospitalizados que utilizaram a translactação em algum momento da internação, segundo a prática alimentar na alta hospitalar (n = 28), Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Continua...

Variáveis	AME ^A		AMC ^B		AA ^C		Total
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Idade materna							
< 20 anos	2 (40,0)	7,3 - 83,0	3 (60,0)	17,0 - 93,0	0	0 - 54,0	5 (17,9)
20-34 anos	9 (47,4)	25,0 - 71,0	5 (26,3)	10,0 - 51,0	5 (26,3)	10,0 - 51,0	19 (67,9)
> 35 anos	2 (50,0)	15,0 - 85,0	2 (50,0)	15,0 - 85,0	0	0 - 60,0	4 (14,3)
Total	13 (46,4)	28,0 - 66,0	10 (35,7)	19,0 - 56,0	5 (17,9)	6,8 - 38,0	28 (100,0)
Escolaridade materna							
Até o ensino fundamental	5 (55,6)	23,0 - 85,0	3 (33,3)	9,0 - 69,0	1 (11,1)	0,58 - 49,0	9 (32,2)
Ensino médio ou mais	8 (42,1)	21,0 - 66,0	7 (36,8)	17,0 - 61,0	4 (21,1)	7,0 - 46,0	19 (67,8)

Tabela 1 - Características dos recém-nascidos hospitalizados que utilizaram a translactação em algum momento da internação, segundo a prática alimentar na alta hospitalar (n = 28), Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Continue...

Variáveis	AME ^a		AMC ^b		AA ^c		Total
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Renda^d							
< 2 salários mínimos	6 (46,2)	20,0 - 74,0	3 (23,1)	6,2 - 54,0	4 (30,8)	10,0 - 61,0	13 (54,2)
> 2 salários mínimos	6 (54,5)	25,0 - 82,0	5 (45,5)	18,0 - 75,0	0	0 - 32,0	11 (45,8)
Sexo							
Feminino	8 (47,1)	24,0 - 71,0	7 (41,2)	19,0 - 67,0	2 (11,8)	2,1 - 38,0	17 (60,7)
Masculino	5 (45,5)	18,0 - 75,0	3 (27,3)	7,3 - 61,0	3 (27,3)	7,3 - 61,0	11 (39,3)
Gemelaridade							
Não	13 (61,9)	39,0 - 81,0	6 (28,6)	12,0 - 52,0	2 (9,5)	1,7 - 32,0	21 (75,0)
Sim	0	0 - 44,0	4 (57,1)	20,0 - 88,0	3 (42,9)	12,0 - 80,0	7 (25,0)
Pré-termo							
Não	10 (66,7)	39,0 - 87,0	4 (26,7)	8,9 - 55,0	1 (6,7)	0,4 - 34,0	15 (53,6)
Sim	3 (23,1)	6,2 - 54,0	6 (46,2)	20,0 - 74,0	4 (30,8)	10,0 - 61,0	13 (46,4)
Índice de Apgar no 5º minuto							
> 7	11 (45,8)	26,0 - 67,0	9 (37,5)	20,0 - 59,0	4 (16,7)	5,5 - 38,0	24 (85,7)
< 7	2 (50,0)	15,0 - 85,0	1 (25,0)	1,3 - 78,0	1 (25,0)	1,3 - 78,0	4 (14,3)
Peso ao nascer							
< 1.500g	0	0 - 54,0	3 (60,0)	17,0 - 93,0	2 (40,0)	7,3 - 83,0	5 (17,9)
1.500 - 2.500g	3 (33,3)	9,0 - 69,0	4 (44,4)	15,0 - 77,0	2 (22,3)	3,9 - 60,0	9 (32,1)
> 2.500g	10 (71,4)	42,0 - 90,0	3 (21,4)	5,7 - 51,0	1 (7,2)	0,37 - 36,0	14 (50,0)
Morbidade perinatal							
Não	4 (100,0)	40,0 - 100,0	0	0 - 60,0	0	0 - 60,0	4 (14,3)
Sim	9 (37,5)	20,0 - 59,0	10 (41,7)	23,0 - 63,0	5 (20,8)	7,9 - 43,0	24 (85,7)
Malformação congênita							
Não	5 (38,5)	15,0 - 68,0	5 (38,5)	15,0 - 68,0	3 (23,1)	6,2 - 54,0	13 (46,4)
Sim	8 (53,3)	27,0 - 78,0	5 (33,3)	13,0 - 61,0	2 (13,4)	2,3 - 42,0	15 (53,6)
Morbidade gestacional							
Não	8 (50,0)	28,0 - 72,0	5 (31,3)	12,0 - 59,0	3 (18,7)	5,0 - 46,0	16 (57,1)
Sim	5 (41,7)	16,0 - 71,0	5 (41,7)	16,0 - 71,0	2 (40,0)	2,9 - 49,0	12 (42,9)
Uso de chupeta							
Não	9 (60,0)	33,0 - 83,0	3 (20,0)	5,3 - 49,0	3 (20,0)	5,3 - 49,0	15 (53,6)
Sim	4 (30,8)	10,0 - 61,0	7 (53,8)	26,0 - 80,0	2 (15,4)	2,7 - 46,0	13 (46,4)
Recém-nascido recebeu leite humano							
Não	1 (50,0)	9,5 - 91,0	1 (50,0)	9,5 - 91,0	0	0 - 80,0	2 (7,2)
Sim	12 (46,2)	27,0 - 66,0	9 (34,6)	18,0 - 56,0	5 (19,2)	7,3 - 40,0	26 (92,8)
Uso de copo							
Não	2 (28,6)	5,1 - 70,0	4 (57,1)	20,0 - 88,0	1 (14,3)	0,8 - 58,0	7 (25,0)
Sim	11 (52,4)	30,0 - 74,0	6 (28,6)	12,0 - 52,0	4 (19,0)	6,3 - 43,0	21 (75,0)
Recém-nascido recebeu fórmula infantil							
Não	10 (100,0)	66,0 - 100,0	0	0 - 34,0	0	0 - 34,0	10 (35,8)
Sim	3 (16,7)	4,4 - 42,0	10 (55,6)	31,0 - 78,0	5 (27,8)	11,0 - 54,0	18 (64,2)
Dieta zero							
Não	4 (80,0)	30,0 - 99,0	1 (20,0)	1,1 - 70,0	0	0 - 54,0	5 (17,9)
Sim	9 (39,1)	20,0 - 61,0	9 (39,1)	20,0 - 61,0	5 (21,7)	8,3 - 44,0	23 (82,1)

Tabela 1 - Características dos recém-nascidos hospitalizados que utilizaram a translactação em algum momento da internação, segundo a prática alimentar na alta hospitalar (n = 28), Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Conclusão.

Variáveis	AME ^A		AMC ^B		AA ^C		Total
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Uso de SOG/SNG ^E							
Não	8 (80,0)	44,0 - 96,0	2 (20,0)	3,5 - 56,0	0	0 - 34,0	10 (35,7)
Sim	5 (27,8)	11,0 - 54,0	8 (44,4)	22,0 - 69,0	5 (27,8)	11,0 - 54,0	18 (64,3)
Uso de mamadeira							
Não	12 (80,0)	51,0 - 95,0	3 (20,0)	5,3 - 49,0	0	0 - 25,0	15 (53,6)
Sim	1 (7,7)	0,4 - 38,0	7 (53,8)	26,0 - 80,0	5 (38,5)	15,0 - 68,0	13 (46,4)
Tempo de translactação							
1 - 14 dias	13 (50,0)	32,0 - 68,0	9 (34,6)	18,0 - 56,0	4 (15,4)	5,0 - 36,0	26 (92,9)
15 - 29 dias	0	0 - 80,0	1 (50,0)	9,5 - 91,0	1 (50,0)	9,5 - 91,0	2 (7,1)

Nota: ^AAME – Aleitamento Materno Exclusivo; ^BAMC – Aleitamento Materno Complementado; ^CAA – Aleitamento Artificial; ^DSalário mínimo 2016 = R\$ 880,00; n = 24 devido a 4 respostas em branco; ^ESOG/SNG – Sonda orogástrica/nasogástrica.

Fonte: Silva⁽²⁵⁾

O AME na alta hospitalar prediz maior duração desta prática na população de risco (RN prematuros, com baixo peso, com alguma malformação congênita com correção cirúrgica ou síndrome genética)⁽⁸⁾. Assim, esforços adicionais para fortalecer a cultura de amamentação nas unidades neonatais tornam-se imperativos. Práticas hospitalares que promovam um ambiente favorável para incentivar e preservar o aleitamento materno devem ser ofertadas, aproveitando a oportunidade de contato desta família com o serviço de saúde.

O uso da chupeta e/ou da mamadeira foi observado em algum momento durante a internação hospitalar, principalmente nos RN em aleitamento materno parcial (70,0%). Todas as crianças em aleitamento artificial na alta hospitalar utilizaram mamadeira em algum momento. Práticas como a utilização de chupeta, fórmula infantil comercial e mamadeira inibem o AME^(24,27-29). Nestes casos, verificou-se descontinuidade do total aleitamento materno em aproximadamente um quinto dos RN e descontinuidade parcial em aproximadamente um terço, corroborando o perfil identificado em estudos prévios^(24,27-29).

Em que pese este achado, aproximadamente 80% das crianças estavam em aleitamento materno na alta hospitalar, o que é um panorama muito positivo, levando em conta o perfil dos RN e o cenário de atendimento (UTIN). A maioria utilizou a técnica da translactação por menos de 14 dias. Tal resultado sugere evidência favorável do uso da translactação por meio de procedimento padronizado e com adequada prescrição de uso como um importante recurso temporário para transição ao seio materno, apoiando e promovendo o estabelecimento e manutenção da amamentação no contexto hospitalar.

A IHAC é baseada na adesão dos hospitais e centros de parto aos dez passos necessários para o sucesso da amamentação. Destes, o passo nove expressa a necessidade de “Aconselhar as mães sobre o uso e os riscos do uso de mamadeiras, bicos artificiais e chupeta”^(11,12) para o RN, com o objetivo de manter o aleitamento materno. Portanto, é essencial adotar métodos que apoiem a transição alimentar ao seio materno, sobretudo em populações vulne-

ráveis que exijam medidas específicas no manejo da amamentação.

A transição para o seio materno deve ser iniciada após estabilização clínica e a capacidade de coordenar a sucção/deglutição/respiração, indicando segurança para iniciar alimentação por via oral. Neste período, as decisões sobre a alimentação são direcionadas, influenciadas e apoiadas pelos profissionais de saúde. Todavia, estudos apontam lacunas substanciais no conhecimento e nas habilidades de profissionais de saúde de níveis técnico e superior para assistência especializada em aleitamento materno^(4,30).

Recém-nascidos pré-termo extremo/moderado, com baixo peso ao nascer e patologias congênitas geralmente são incapazes, ou não podem iniciar o aleitamento materno logo após o nascimento^(31,32), o que pode resultar no início tardio da amamentação. No entanto, a maioria das crianças com morbidades perinatais e malformações congênitas, cirúrgicas ou não, é capaz de mamar durante a hospitalização, desde que sejam tomadas medidas e ações específicas para apoiar a amamentação⁽³¹⁾. Neste estudo, os grupos de risco que utilizaram a translactação receberam alta hospitalar em aleitamento materno, prevalecendo o AME em RN com anomalias cirúrgicas. Este resultado aponta para necessidade de maiores investimentos e esforços para o uso de estratégias facilitadoras, tendo em vista as melhores práticas de amamentação, especialmente quando se trata de RN de risco.

Com relação aos gemelares, todos interromperam precocemente o AME. Esse evento também foi observado em estudo anterior⁽³³⁾ com gemelares, em que o uso de complemento para este grupo teve associação com o desmame precoce [RR 2,51; (IC 95% 1,35; 4,65)].

Na transição da dieta zero até o seio materno exclusivo, o copo e a translactação são métodos alternativos para o uso do leite complementar prescrito (leite humano pasteurizado, leite humano cru ou fórmula infantil comercial). O uso do copo é uma estratégia facilitadora já consolidada para o aleitamento materno^(15,26), especialmente quando ainda não foi possível estabelecer a pega no seio materno. Este fato corrobora os achados do presente estudo, que

Tabela 2 - Características individuais dos recém-nascidos que realizaram translactação durante internação hospitalar segundo o tipo de aleitamento (n = 28), Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Continua...

ID ^A	Peso ao nascer	Idade gestacional	Gemelaridade	Morbidades perinatais e cirúrgicas	Uso de chupeta	Tempo de internação (dias)	Orientação de AM ^B no pré-natal	Contato pele a pele	Separação mãe-bebê nas primeiras 12 horas de vida	Tempo de uso da translactação (em dias)
Aleitamento Materno Exclusivo										
1	1500 - 2500g	< 37	Não	Gastrosquise, anomalia anorretal, sífilis congênita	Não	35	Sim	Sim	Sim	6
2	> 2500g	> 37	Não	Gastrosquise	Não	22	Não	Não	Sim	3
3	> 2500g	> 37	Não	Sem morbidade	Não	28	Não	Não	Sim	2
4	> 2500g	> 37	Não	Sem morbidade	Não	8	Não	Sim	Não	1
5	1500 - 2500g	< 37	Não	Sem morbidade	Não	18	Sim	Não	Não	7
6	> 2500g	> 37	Não	Gastrosquise, anomalia anorretal	Sim	33	Sim	Não	Sim	4
7	> 2500g	> 37	Não	Atresia intestinal	Sim	29	Sim	Não	Sim	3
8	1500 - 2500g	> 37	Não	Gastrosquise, sepse	Não	25	Não	Não	Não	6
9	> 2500g	< 37	Não	Gastrosquise	Sim	14	Sim	Não	Não	4
10	> 2500g	> 37	Não	Gastrosquise	Não	47	Sim	Não	Sim	2
11	> 2500g	> 37	Não	Gastrosquise, sepse, infecção urinária	Sim	52	Sim	Não	Sim	12
12	> 2500g	> 37	Não	Sem morbidade	Não	3	Sim	Sim	Não	1
13	> 2500g	> 37	Não	Sem morbidade	Não	5	Sim	Sim	Não	1
Aleitamento Materno Parcial										
14	1500 - 2500g	> 37	Não	Crescimento intrauterino retardado	Não	18	Sim	Não	Não	1
15	> 2500g	> 37	Não	Anomalia anorretal	Sim	17	Não	Sim	Sim	5
16	> 2500g	> 37	Não	Onfalocele, anomalia anorretal	Sim	29	Sim	Não	Sim	3
17	1500 - 2500g	< 37	Sim	Exposição a hepatite C	Não	16	Sim	Não	Sim	1
18	< 1500g	< 37	Sim	Desconforto respiratório, sofrimento fetal agudo, icterícia neonatal	Sim	31	Sim	Não	Sim	3
19	< 1500g	< 37	Sim	Desconforto respiratório, icterícia neonatal, sofrimento fetal agudo	Não	31	Sim	Não	Sim	4

Tabela 2 - Características individuais dos recém-nascidos que realizaram translactação durante internação hospitalar segundo o tipo de aleitamento (n = 28), Rio de Janeiro, Brasil, 2018

Conclusão.

ID ^A	Peso ao nascer	Idade gestacional	Gemelaridade	Morbidades perinatais e cirúrgicas	Uso de chupeta	Tempo de internação (dias)	Orientação de AM ^B no pré-natal	Contato pele a pele	Separação mãe-bebê nas primeiras 12 horas de vida	Tempo de uso da translactação (em dias)
20	1500 - 2500g	> 37	Não	Anomalia anorrectal, megacôlon congênito	Sim	72	Sim	Não	Sim	29
21	< 1500g	< 37	Não	Pneumonia congênita	Sim	90	Não	Não	Sim	2
22	> 2500g	< 37	Sim	Atresia duodenal	Sim	39	Não	Não	Sim	7
23	1500 - 2500g	< 37	Não	Gastrosquise	Sim	8	Sim	Não	Sim	11
Aleitamento Artificial										
24	< 1500g	< 37	Não	Desconforto respiratório, membrana hialina	Sim	114	Não	Não	Sim	3
25	> 2500g	> 37	Não	Gastrosquise	Não	67	Não	Não	Sim	19
26	< 1500g	< 37	Sim	Cardiopatia	Sim	54	Sim	Não	Sim	11
27	1500 - 2500g	< 37	Sim	Hidronefrose bilateral	Não	29	Sim	Não	Sim	4
28	1500 - 2500g	< 37	Sim	Desconforto respiratório	Não	29	Sim	Não	Sim	4

Nota: ^AID – Indivíduo; ^BAM – Aleitamento Materno.Fonte: Silva⁽²⁵⁾

também identificou resultados positivos com o uso do copo.

No uso de seringas e *finger feeding*, conhecido no Brasil como técnica “sonda-dedo”, a oferta do leite humano ou da fórmula infantil comercial é realizada por meio da sucção do RN com uma sonda gástrica conectada a uma seringa e fixada no dedo mínimo⁽³⁴⁾. No entanto, as duas técnicas não devem ser recomendadas, devido aos riscos de engasgo associados à pressão do êmbolo da seringa e à fluidez do leite, além de poucos estudos sobre o uso do *finger feeding*. Estudo que comparou a segurança, perda do volume oferecido e tempo de oferta⁽³⁴⁾ não verificou a repercussão dessa última técnica na prevalência e duração de AME até o sexto mês de vida e seus impactos a longo prazo.

Um estudo afirma que a técnica sonda-dedo é efetiva para o sucesso do aleitamento materno. Entretanto, os autores não aloaram aleatoriamente os grupos que usaram ou não a técnica, e não foi mencionada a limitação quanto ao achado de que o tempo total (mediana) de uso do *finger feeding* foi menor entre aqueles que tiveram sucesso na prática de aleitamento materno⁽³⁵⁾.

Tendo em vista tais limitações, consideramos prematuro recomendar *finger feeding* e seringas como estratégias facilitadoras. Na prática clínica, adicionalmente observamos as dificuldades do RN em estabelecer a pega correta, semelhante ao que ocorre quando são utilizados bicos, ocasionando a “confusão de bico”, fenômeno amplamente reconhecido na área da saúde^(24,34,36).

No cenário da presente investigação, *finger feeding* não é adotado devido ao prejuízo a curto prazo para o estabelecimento da amamentação. O uso da mamadeira e todo recurso similar afeta a exclusividade do aleitamento materno e pode influenciar as práticas de aleitamento materno devido à “confusão de fluxo” e “confusão de bico”^(24,27,28). Além disso, pode reduzir a produção de leite e confundir a mãe, enfraquecendo a confiança materna no aleitamento⁽²⁸⁾.

Revisão sistemática revelou o efeito do uso da chupeta na baixa prevalência e duração do AME⁽²⁹⁾. Na prática clínica diária, os RN com uso de chupeta apresentam, a curto prazo, respostas, como: recusa do seio materno; baixo ganho ponderal diário (não suga plenamente e, consequentemente, não recebe o leite posterior, mais rico em gordura) e dependência da chupeta (que é agravada com o aumento da frequência no uso), enquanto as queixas frequentes das mães são recidivas de fissuras e dores devido à erosão mamilar, com sensação concomitante de assadura e queimação⁽³⁷⁾.

Dante da necessidade de oferecer leite complementar prescrito, é essencial que o RN esteja com a pega adequada e não use bico de silicone para evitar a confusão de bicos⁽³³⁾. À medida que o RN apresenta um ganho ponderal diário maior que o esperado, recomenda-se reduzir gradualmente o leite complementar o mais breve possível, dentro das possibilidades clínicas da criança, até transitar para seio materno exclusivo. Casos de lactação adotiva e mãe não gestante de casal homoparental feminino, mediante exames laboratoriais que indiquem a inexistência de contraindicação para amamentação, podem ser alvo de um plano com diversas ações para estimular a lactação.

A técnica da translactação só deve ser realizada em RN com a

pega bem estabelecida e de forma alguma junto ao uso de bicos de silicone. Em estudo de coorte, foi demonstrado que o uso de bico de silicone não promove o AME em RN pré-termo⁽¹³⁾. Quando o RN precisar de complementação, mas estiver separado de sua mãe ou não pegar adequadamente a aréola, o uso do copo deve ser planejado com paralela orientação e ajuste da pega e posição, para então iniciar a translactação o mais cedo possível.

Para produção láctea em mulheres com RN internados em UTIN, algumas estratégias devem ser realizadas em conjunto com a técnica de translactação⁽³⁸⁾, tais como oferecer os dois seios, amamentar sob livre demanda, aumentar a ingestão hídrica materna, descansar sempre que possível, dentre outros.

Amamentar o RN previamente nos dois seios antes de iniciar a técnica translactação traz uma resposta mais adequada sempre que for necessário aumentar a produção de leite. Do contrário, não será possível atingir a produção ideal. Para avaliar o aumento da produção de leite, alguns indicadores importantes, dentre os parâmetros existentes, são a não aceitação de todo o volume de leite complementar prescrito e oferecido pela translactação, e a demonstração de saciedade com a sucção nos seios.

O protocolo desenvolvido na presente investigação inclui a provisão de material educativo às famílias, o que pode favorecer a promoção e apoio ao aleitamento materno e redução da interrupção precoce.

A implementação do protocolo dentro das UTIN requer esforços e adesão por parte de toda equipe de saúde que participa de cuidados a RN mais vulneráveis. Os profissionais de saúde são corresponsáveis por promover o aleitamento materno em ambiente de cuidados de alta complexidade. Portanto, devem estar dispostos a modificar seus comportamentos e habilidades de modo a oferecer práticas baseadas em evidências. O fortalecimento da cultura de amamentação na UTIN pode modificar comportamento e aperfeiçoar os cuidados estabelecidos para garantir melhores indicadores de aleitamento materno.

Embora a técnica de translactação seja realizada há mais de 15 anos, não foram produzidos dados para análise sobre a sua utilização. Logo, no cenário da presente investigação, não foi possível realizar comparações com os resultados observados após a implementação do protocolo desenvolvido pelos especialistas. Além disso, acredita-se que o número reduzido de participantes da pesquisa deve ao fato de ser o primeiro ano de implantação do protocolo com as indicações da técnica. Os achados da presente investigação devem ser interpretados com essas considerações.

Por fim, visto que a técnica de translactação mostrou-se uma estratégia facilitadora do aleitamento materno no contexto hospitalar, recomenda-se que profissionais de saúde da unidade neonatal direcionem, influenciem e apoiem métodos de incentivo à amamentação. Adicionalmente, recomenda-se considerar a equipe do BLH como potencial fonte para a assessoria, por serem profissionais com maior expertise na prática de aleitamento materno.

Os achados reforçam a hipótese de uma relação positiva entre o uso da técnica de translactação baseada em protocolo bem estabelecido, e a maior prevalência de aleitamento materno na alta hospita-

lar. Considerando as evidências favoráveis, são necessários estudos analíticos para avaliar o efeito da técnica de translactação na duração do aleitamento materno, especialmente em grupos específicos com singularidades e maior vulnerabilidade para desfechos negativos.

Pesquisas futuras poderão explorar a validade desta estratégia em outros cenários, uma vez que hospitais com unidades neonatais podem se beneficiar da implementação do protocolo de translactação desenvolvido na presente investigação.

CONCLUSÃO

A implementação do protocolo para uso da técnica de translactação traz resultados positivos na assistência em aleitamento materno na atenção neonatal e infantil de alta complexidade, pois possibilita a padronização operacional e embasa a sua indicação e utilização.

A translactação associada ou não ao uso do copo para fornecer leite humano pasteurizado do BLH mostrou-se uma estratégia promotora do aleitamento materno na atenção neonatal e infantil de alta complexidade. Dentre os recém-nascidos que utilizaram a técnica da translactação e estavam em AME na alta hospitalar, observaram-se diferentes grupamentos de risco, tais como RN pré-termos, RN com baixo peso, com morbididades perinatais ou com malformação congênita com correção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Kordy K, Gaufin T, Mwangi M, Li F, Cerini C, Lee DJ, et al. Contributions to human breast milk microbiome and enteromammary transfer of *Bifidobacterium breve*. *PLoS One*. 2020 Jan 28;15(1):e0219633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219633>
2. Moossavi S, Azad MB. Origins of human milk microbiota: new evidence and arising questions. *Gut Microbes*. 2019 Nov 4;12(1):1667722. <https://doi.org/10.1080/19490976.2019.1667722>
3. Ruiz L, Garcia-Carral C, Rodrigues JM. Unfolding the human milk microbiome landscape in the omics era. *Front. Microbiol*. 2019 June 25;10:1378. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2019.01378>
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016 Jan 29;387(10017):491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
5. Patel AL, Kim JH. Human milk and necrotizing enterocolitis. *Semin Pediatr Surg*. 2017 Nov 6;27(1):34-8. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.11.007>
6. Kim EJ, Lee NM, Chung SH. A retrospective study on the effects of exclusive donor human milk feeding in a short period after birth on morbidity and growth of preterm infants during hospitalization. *Medicine (Baltimore)*. Sep 2017;96(35):e7970. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007970>
7. Laborie S, Abadie G, Denis A, Touzet S, Fischer Fumeaux CJ. A Positive Impact of an Observational Study on Breastfeeding Rates in Two Neonatal Intensive Care Units. *Nutrients*. 2022 Mar 8;14(6):1145. <https://doi.org/10.3390/nu14061145>
8. Silva MDB, Oliveira RVC, Alves DSB, Melo ECP. The effect of risk at birth on breastfeeding duration and exclusivity: a cohort study at a Brazilian referral center for high-risk neonates and infants. *PLoS One*. 2021 Aug 6;16(8):e0255190. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255190>
9. Silva MDB, Oliveira RVC, Alves DSB, Melo ECP. Predicting risk of early discontinuation of exclusive breastfeeding at a brazilian referral hospital for high-risk neonates and infants: a decision-tree analysis. *Int Breastfeed J*. 2021 Jan 4;16:2. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00349-x>
10. Development Initiatives Poverty Research. 2018 Global Nutrition Report: shining a light to spur action on nutrition [Internet]. Bristol: Development Initiatives Poverty Research; 2018 [cited 2025 July 03]. 165 p. Available from: <https://globalnutritionreport.org/reports/global-nutrition-report-2018/>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2017 [cited 2025 July 3]. 68 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
12. World Health Organization (WHO/UNICEF). Baby Friendly Hospital Initiative. Ten steps to successful breastfeeding [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO/UNICEF); 2018 [cited 2025 July 7]. Available from: <https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>
13. Mastrup R, Walloee S, Kronborg H. Nipple shield use in preterm infants: Prevalence, motives for use and association with exclusive breastfeeding—Results from a national cohort study. *PLoS One*. 2019 Sep 20;14(9):e0222811. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222811>
14. Williams T, Nair H, Simpson J, Embleton N. Use of Donor Human Milk and Maternal Breastfeeding Rates: A Systematic Review. *J Hum Lact*. 2016 Feb 17;32(2):212-20. <https://doi.org/10.1177/0890334416632203>
15. McKinney CM, Glass RP, Coffey P, Rue T, Vaughn MG, Cunningham M. Feeding Neonates by Cup: A Systematic Review of the Literature. *Matern Child Health J*. 2016 Mar 25;20:1620-33. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1961-9>
16. Penny F, Judge M, Brownell E, McGrath JM. What Is the Evidence for Use of a Supplemental Feeding Tube Device as an Alternative Supplemental Feeding Method for Breastfed Infants? *Adv Neonatal Care*. 2018 Feb;18(1):31-7. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000446>
17. Mohandas S, Rana R, Sirwani B, Kirubakaran R, Puthussery S. Effectiveness of Interventions to Manage Difficulties with Breastfeeding for Mothers of Infants under Six Months with Growth Faltering: A Systematic Review Update. *Nutrients*. 2023 Feb 16;15(4):988. <https://doi.org/10.3390/nu15040988>
18. Aydin C, Aytekin Ozdemir A, Kahveci H. The Effect of Supplemental Feeding Tube Device on Time to Transition to Exclusive Breastfeeding and Discharge: A Randomized Controlled Trial with Preterm Infants. *Breastfeed Med*. 2024 Sep 13;19(9):707-14. <https://doi.org/10.1089/bfm.2024.0084>
19. World Health Organization (WHO/UNICEF). Baby-friendly Hospital Initiative training course for maternity staff: trainer's guide [Internet]. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (WHO/UNICEF); 2020. [cited 2025 July 07]. 407 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915>
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2015 [cited 2025 July 03]. 184 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
21. Walker M. Breastfeeding Management for the Clinician: Using the Evidence. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016.
22. Penny F, Brownell EA, Judge M, Marshall-Crim M, Cartagena D, McGrath JM. Use of a Supplemental Feeding Tube Device and Breastfeeding at 4 Weeks. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2023;48(6):334-40. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000962>
23. Çalıkuşu İncekar M, Çağlar S, Kaya Narter F, Tercan Taraklı E, Özpinar E, Demirci Ecevit E. An alternative supplemental feeding method for preterm infants: the supplemental feeding tube device. *Turk J Med Sci*. 2021 Aug 30;51(4):2087-94. <https://doi.org/10.3906/sag-2009-323>
24. Silva MDB, Oliveira RVC, Braga JU, Almeida JAG, Melo ECP. Breastfeeding patterns in cohort infants at a high-risk fetal, neonatal and child referral center in Brazil: a correspondence analysis. *BMC Pediatr*. 2020 Aug 7;20:372. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02272-w>
25. Silva MDB. Aleitamento materno na atenção neonatal e infantil de alta complexidade: estudo de coorte [thesis on the Internet]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2020 [cited 2025 July 03]. Available from: <https://arca.fiocruz.br/handle/icict/46628>

26. Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus others forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 31;8:CD005092. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005092.pub3>
27. Feldman-Winter L, Kellams A. In-Hospital Formula Feeding and Breastfeeding Duration. *Pediatrics*. 2020 July 1;146(1):e20201221. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1221>
28. McCoy MB, Heggie P. In-Hospital Formula Feeding and Breastfeeding Duration. *Pediatrics*. 2020 July 01;146(1):e20192946. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2946>
29. Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Paulino LM, Araújo CL, Venancio SI. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2017;13(3):e12384. <https://doi.org/10.1111/mcn.12384>
30. Pérez-Escamilla R, 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 Feb 29;12(3):402-17. <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>
31. Silva MDB, Alves DSB, Oliveira RVC, Elias NT, Kohn AB, Melo ECP. Perinatal morbidities, congenital malformations and breastfeeding outcomes. *J Neonatal Nurs*. 2021 June 5;27(6):412–8. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.05.003>
32. Machado MCHS, Silva MRT, Almeida MAM, Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Tonete VLP. Situação do aleitamento materno no primeiro ano de recém-nascidos prematuros tardios: estudo de coorte. *Rev. Eletr. Enferm*. 2019 Dec 31;21:52382. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.52382>
33. Mikami FCF, Francisco RPV, Rodrigues A, Hernandez WR, Zugaib M, Brizot ML. Breastfeeding Twins: Factors Related to Weaning. *J Hum Lact*. 2018 Apr 16;34(4):749-59. <https://doi.org/10.1177/0890334418767382>
34. Moreira CMD, Cavalcante-Silva RPCV, Fujinaga CI, Marson F. Comparison of the finger-feeding *versus* cup feeding methods in the transition from gastric to oral feeding in preterm infants. *J Pediatr*. 2017 Nov-Dec;93(6):585-91. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.12.008>
35. Karabayır N, Mertturk PE, Karaman S, Sebirli MF, İstanbullu MB, Potak M, et al. The Finger Feeding Method and Relactation. *Cureus*. 2022 Apr 11;14(4):e24044. <https://doi.org/10.7759/cureus.24044>
36. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr*. 1995 June;126(6):S125-9. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(95\)90252-x](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(95)90252-x)
37. Cavalcante VO, Sousa ML, Pereira CS, Silva NO, Albuquerque TR, Cruz RSBLC. Consecuencias del uso de pezones artificiales para la lactancia exclusiva: una revisión integradora. *Aquichan*. 2021 Sep 30;21(3):e2132. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.2>
38. Grzeskowiak LE, Wlodek ME, Geddes DT. What Evidence Do We Have for Pharmaceutical Galactagogues in the Treatment of Lactation Insufficiency? A Narrative Review. *Nutrients*. 2019 Apr 28;11(5):974. <https://doi.org/10.3390/nut11050974>

Contribuições dos autores – Credit

MDBS: concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; investigação; metodologia; administração do projeto; supervisão; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

ABK: concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; investigação; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

RVCO: curadoria de dados; análise formal de dados; investigação; metodologia; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

BASD: investigação; metodologia; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

ECPM: concepção; análise formal de dados; investigação; metodologia; administração do projeto; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição.

Financiamento

Esta pesquisa não recebeu apoio financeiro.

Conflito de Interesse

Nenhum.