ALEITAMENTO MATERNO

Programas de proteção, apoio e incentivo ao aleitamento materno

Ted Greiner, PhD

Associate Professor, International Child Health, Uppsala University, Suécia (Atualmente Nutricionista-Chefe, PATH, EUA)

Novembro 2004

Introdução

A importância do aleitamento materno é amplamente reconhecida e citada em diversos outros artigos da Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Dewey (Alimentação: Facilitando melhor nutrição para mulheres grávidas e lactantes e para crianças de 0-5 anos) cita algumas das melhores referências da literatura sobre a relação entre aleitamento materno e saúde da mãe e da criança, incluindo evidências relacionadas ao impacto do aleitamento materno sobre o desenvolvimento infantil.[1]

O impacto do aleitamento materno sobre o desenvolvimento na primeira infância é cada vez mais reconhecido. Por exemplo, o Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF, inclui o aleitamento materno no departamento mais abrangente relacionado ao Desenvolvimento na Primeira Infância. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o aleitamento materno ideal como aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, seguido por aleitamento complementado por alimentos apropriados até no mínimo os 2 anos de idade.

©2004-2026 ABILIO | ALEITAMENTO MATERNO

Do que se trata

Qual a melhor maneira de proteger, apoiar e promover o aleitamento materno? Estes são conceitos complexos, e as etapas necessárias para implementá-los são ainda mais complexas. Teoricamente,[2] a criação de sistemas para proteger as práticas já existentes de aleitamento materno merece prioridade, tanto do ponto de vista dos direitos humanos quanto do econômico. Em segundo lugar, a ênfase deve ser dada ao apoio de que necessitam as mulheres para cumprir seus objetivos quanto ao aleitamento, nos planos social, econômico, nutricional e moral, assim como sobre seu local e de gestão da lactação. Se se deseja convencer as mulheres em aumentar a duração e a intensidade de seu aleitamento, é racional e defensável fazê-lo somente depois de ter implantado todos esses mecanismos.

Evidentemente, esta perspectiva da "promoção" é restrita. Informações sobre benefícios e práticas bem-sucedidas de aleitamento materno devem ser oferecidas continuamente, à medida que cada geração de novas mães surge e necessite dessas informações. Na verdade, essa medida é compulsória em países que ratificaram a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança.[3]

Há também um consenso crescente de que essas informações não devem veicular a ideia de que a alimentação artificial é uma norma, nem propor a agentes de saúde e mães que "o leite materno é melhor", e sim que devem ser utilizadas para divulgar provas objetivas sobre os prejuízos e riscos inerentes a uma alimentação de qualidade inferior para os bebês. (Deve-se notar que essas evidências estão longe de serem completas, principalmente em relação ao aleitamento materno em circunstâncias economicamente favorecidas durante períodos superiores a um ano ou, nessas circunstâncias, ao aleitamento materno exclusivo por mais de quatro meses).

Problemas

Embora seja uma prática tradicional em todas as partes do mundo, e quase universal por longos períodos de tempo em países de baixa renda – e, por períodos mais curtos, na maior parte da Escandinávia e em determinadas partes do Canadá –, no mundo contemporâneo, o aleitamento materno não é espontâneo. Aparentemente, muitas ideias e práticas associadas à vida moderna trabalham contra essa prática. Portanto, talvez sejam necessários esforços continuados para proteger, apoiar e promover o aleitamento materno, pelo menos até que se torne uma norma social.

Contexto da pesquisa e resultados de pesquisas recentes

O conceito de aleitamento materno exclusivo é recente e a prática (oferecer ao bebê apenas leite materno e nada mais, nem mesmo água, desde o nascimento até os seis meses de idade) não é tradicional em nenhum lugar. A teoria e a primeira evidência experimental de que bebês amamentados não precisam ingerir mais água foram descritas pela primeira vez por Almroth, em 1978.[4] Após a confirmação desta teoria por diversos estudos, a OMS produziu um relatório, em 1997, alertando os profissionais da saúde para que não recomendassem ingestão de água e de chá para bebês que recebiam leite materno. Com base em uma revisão sistemática,[5] a OMS recomendou também o aleitamento materno exclusivo por no mínimo seis meses. Portanto, houve pouco tempo para pesquisar as implicações de períodos mais longos de aleitamento materno exclusivo sobre a saúde – raro em qualquer lugar, exceto na Escandinávia e em determinadas partes do Canadá – assim como para estudar os métodos de promoção e apoio a essa prática após as primeiras semanas de vida.

Melhores práticas

Proteção

Provavelmente, o primeiro "código de *marketing*" para proteger o aleitamento materno contra forças comerciais foi promulgado nos Estados Unidos.[6] Infelizmente, tal código não é respeitado pelos fabricantes norte-americanos de leite em pó, que não divulgam outros produtos por intermédio das profissões médicas. O Código Internacional de *Marketing* de Substitutos do Leite Materno[7] e outras resoluções posteriores importantes da Assembleia da OMS continuam a ser a espinha dorsal dos esforços para proteger o aleitamento materno na maioria dos países do mundo, apesar das contínuas atividades promocionais dos fabricantes de leite em pó.[8] Esse Código sem paralelos, constitui a base de leis globais sobre *marketing* em mais de 20 países, e de leis menos abrangentes em mais de 40. Devido ao risco de criar uma imagem negativa, a maioria das empresas internacionais também se abstém de fazer propaganda direta para o consumidor em um grande número de países.

Tal como ocorre com outros produtos, atividades de *marketing* de alimentos infantis comercializados não seriam realizadas se não contribuíssem para o aumento das vendas. Vem sendo difícil demonstrar seu impacto, e poucos estudiosos dedicaram-se a essa análise. Em St. Vincent,[9] foi constatada uma associação entre mulheres que se lembravam de comerciais (com

controle estatístico para níveis de familiaridade com a marca, entre outros) e um período mais curto de aleitamento materno exclusivo/predominante. Nos Estados Unidos, a distribuição de *kits* comerciais no momento da alta hospitalar também foi associada a períodos mais curtos de aleitamento materno exclusivo/predominante.[10]

Por definição, é impossível avaliar o impacto de contínuos esforços globais para monitorar e manter a aplicação do Código empreendido pela OMS, UNICEF e redes de ONG – particularmente a *International Baby Food Action Network* (IBFAN) e a *World Alliance for Breastfeeding Action* e seus principais parceiros.

Apoio

No nível mais abrangente, as mulheres precisam do apoio da sociedade como um todo, de aceitação do aleitamento materno como norma social, como parte da vida e extensão normal do processo reprodutivo após a gestação. Na maioria dos países mais ricos, esse tipo de norma social perdeu-se, mas foi restaurada na Escandinávia e em determinadas partes do Canadá. Grande parte dos demais países da Europa e da América do Norte está, atualmente, realizando esforços para promover a restauração de suas culturas anteriores relativas ao aleitamento materno. No entanto, é improvável que obtenham sucesso sem algumas das medidas de apoio descritas a seguir.

Embora seja “natural”, o aleitamento materno não é instintivo por parte da mãe. Ainda que diversos comportamentos de aleitamento materno sejam instintivos para o bebê, sem orientação, uma pequena proporção de bebês ou de mães realiza essa prática de forma equivocada. A esse respeito, foi construído um conjunto de evidências sobre a melhor forma de capacitar e de “administrar o aleitamento”, e foram criados diversos cursos internacionais sobre o tema (um dos quais disponível na OMS)[11] e um programa internacional de certificação (*International Board of Lactation Consultant Examiners*).[12] Todos os centros de saúde devem dispor de equipes ou consultores dotados de conhecimentos e habilidades referentes à administração do aleitamento. Tais conhecimentos e habilidades não estão incluídos na capacitação básica de profissionais da saúde, embora, em alguns países, a capacitação de parteiras possa incluir informações a respeito.

Além disso, centros de saúde que realizam partos devem adotar os “Dez passos para o aleitamento materno bem-sucedido”, elaborado por OMS e UNICEF como parte da Iniciativa

Hospital Amigo da Criança. As mudanças necessárias na prática hospitalar estão bem documentadas cientificamente, principalmente a importância de se iniciar precocemente o aleitamento materno, evitar a suplementação desnecessária com glicose e outras substâncias, e adotar a prática do alojamento conjunto (o bebê dorme com sua mãe e não no berçário).[13]

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aprovou três Convenções para a Proteção da Maternidade, a última delas – Convenção 183, de 2000, juntamente com a Recomendação 195.[14] Até meados de 2004, apenas nove países haviam ratificado essa Convenção.[14] Um longo período de licença remunerada – a Recomendação 195 preconiza 18 semanas, mas na Escandinávia e em algumas partes do Canadá são oferecidos períodos muito mais longos – é, sem dúvida, a melhor maneira de dar oportunidades de aleitamento materno exclusivo às mulheres que trabalham. A disponibilidade de creches e de salas para amamentar no local de trabalho constitui outra forma de incentivo. O problema é particularmente grave, em termos mundiais, para mulheres que trabalham no setor informal, que frequentemente não têm nenhuma proteção para a maternidade e podem até perder o emprego quando engravidam.

Muitos estudos demonstraram que diversos tipos de apoio, do pai do bebê, da família e dos amigos, são essenciais para ajudar as mulheres a alcançar padrões máximos de aleitamento materno.[15] Além disso, em muitos países, o aleitamento materno exclusivo não pode ser alcançado sem que sejam resolvidos os mitos amplamente divulgados que pressionam veementemente as mães[16] para que sigam diversos padrões não exclusivos de alimentação considerados como norma em todo o mundo.[17]

Analisado em conjunto, é igualmente impossível avaliar o impacto do provimento das inúmeras formas de apoio que as mulheres necessitam para alcançar padrões ideais de aleitamento materno. De fato, poucos estudos nacionais tentaram ser abrangentes, com a possível exceção do Brasil que, há mais de 20 anos, vem empreendendo muitos esforços que resultaram em um impacto inquestionável sobre suas taxas de aleitamento materno – embora ainda haja muito a ser feito nesse país.[18,19,20]

Promoção

Foram realizadas avaliações sobre as inúmeras maneiras de promover o aleitamento materno, desde o oferecimento de um simples folheto ou uma mensagem verbal sobre o aleitamento materno, até sistemas de saúde integrados e abordagens baseadas na comunidade. Uma revisão

de 23 estudos experimentais e 31 estudos *quasi* experimentais concluiu que as abordagens mais eficazes para a promoção do aleitamento materno por meio do sistema de saúde precisam ser bastante abrangentes, combinando discussões em grupo durante o período pré-natal com visitas domiciliares no período pós-natal.[21] Pugin *et al.* constataram que, somadas a outras intervenções, as "sessões educacionais em grupo durante o período pré-natal, enfatizando as habilidades necessárias para iniciar e manter o aleitamento materno após o período neonatal" resultavam em um número significativamente mais alto de mulheres que ainda amamentavam aos seis meses de vida da criança.

Uma revisão recente, realizada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido,[23] analisou evidências de duas revisões sistemáticas de alta qualidade relacionadas a intervenções que comprovadamente aumentam o número de mulheres que adotam o aleitamento materno (e, portanto, relevantes principalmente para áreas em que o nível de adoção desse método de alimentação é baixo). A revisão concluiu que abordagens abrangentes, tanto dentro quanto fora do sistema de saúde, tendem a ser mais eficazes, compreendendo-se, inclusive, a utilização de meios de comunicação e de "mães de leite".

É difícil determinar com precisão quais os aspectos dos complexos programas promocionais tiveram impacto, e quais não tiveram. De Oliveira *et al.*[21] constataram que "intervenções breves em pequena escala, mensagens curtas sobre aleitamento materno apresentadas entre outros temas, e a utilização isolada de matéria impressa não surtiram nenhum efeito. A maioria das estratégias que envolviam pouca ou nenhuma interação pessoal não conseguiu produzir resultados significativos."

A orientação é a intervenção que atraiu mais atenção nos últimos anos, talvez em resposta a algumas poucas tentativas que produziram impactos significativos sobre as taxas de aleitamento materno exclusivo em alguns países em desenvolvimento.[24,25,26] Em países industrializados, os resultados de avaliações desse tipo de orientação foram mais variáveis, da mesma forma que relatos de experimentos não publicados em países em desenvolvimento. É necessário um número maior de pesquisas para determinar quais características da orientação e dos programas que a utilizam estão associadas ao sucesso dos programas.

Conclusões

Embora associados a enormes benefícios para a saúde, principalmente nos países em desenvolvimento,[27] comportamentos otimizados de amamentação exigem muito esforço por parte das mães para sua implementação, e são complexos em termos de promoção programática. Parece improvável que abordagens simplistas que focalizam um único aspecto sejam eficazes. Os esforços precisam abordar questões de proteção, apoio e promoção, tanto dentro do sistema de saúde quanto na comunidade como um todo.

A OMS, em sua Estratégia Global para a Alimentação do Lactente e de crianças na primeira infância,[28] aprovada recentemente, ofereceu orientações abrangentes a respeito de políticas e programas para otimizar a alimentação infantil aos formuladores de políticas. Entre outras sugestões, os países devem ser orientados a criar comitês intersetoriais de aleitamento materno e a indicar um coordenador. Recursos e responsabilidades devem ser devidamente alocados para que os objetivos de proteção, apoio e promoção do aleitamento materno possam ser alcançados.

Referências

1. Dewey KG. Faciliter l'amélioration de l'alimentation des femmes enceintes, qui allaitent et des enfants de 0 à 5 ans. Commentaires sur Black, Reifsnider, et Devaney.In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DeweyFRxp.pdf. Page consultée le 12 octobre 2004.
2. Greiner T. Infant and young child nutrition: a historic review from a communication perspective. In: Koniz-Booher P, ed. *Proceedings of an international conference on communication strategies to support infant and young child nutrition, July 13-14, 1992, Washington, D.C.*. Ithaca, NY: Cornell University, Program in International Nutrition; 1993:7-15.
3. UNICEF. United Nations General Assembly. International Convention on the Rights of the Child. Disponible sur le site: http://www.unicef.org/crc/. Page consultée le 29 octobre 2007.
4. Almroth SG. Water requirements of breast-fed infants in a hot climate. *American Journal of Clinical Nutrition* 1978;31(7):1154-1157.
5. Kramer MS, Kakuma R. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Nutrition for Health and Development, Department of Child and Adolescent Health and Development; 2002. Disponible sur le site: http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf. Page consultée le 29 octobre 2007.
6. AMA. Committee on Foods. Advertising guidelines. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1932;99:391.
7. WHO. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1981. Disponible sur le site: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf. Page consultée le 29 octobre 2007.
8. Aguayo VM, Ross JS, Kanon S, Ouedraogo AN. Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in west Africa: multisite cross sectional survey in Togo and Burkina Faso. *BMJ - British Medical Journal* 2003;326(7381):127.
9. Greiner T, Latham MC. The influence of infant food advertising on infant feeding practices in St. Vincent. *International Journal of Health Services* 1982;12(1):53-75.

10. Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;3.

11. World Health Organization. *Breastfeeding counselling: a training course*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1993. Disponible sur le site: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm. Page consultée le 12 octobre 2004.

12. International Board of Lactation Consultant Examiners Web site. Disponible sur le site: http://www.iblce.org/. Page consultée le 12 octobre 2004.

13. World Health Organization, Division of Child Health and Development. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998. Disponible sur le site: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm. Page consultée le 12 octobre 2004.

14. International Labour Organisation. C183 Maternity Protection Convention, 2000. Disponible sur le site: http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183. Page consultée le 12 octobre 2004.

15. Kessler LA, Gielen AC, Diener-West M, Paige DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *Journal of Human Lactation* 1995;11(2):103-109.

16. Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL, Dewey KG. Promoting exclusive breastfeeding for 4-6 months in Honduras: attitudes of mothers and barriers to compliance. *Journal of Human Lactation* 1999;15(1):9-18.

17. Haggerty PA, Rutstein SO. *Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding*. Calverton, Md: Macro International Inc.; 1999.

18. De Oliveira Brady S. Protecting breastfeeding: Brazil's story. *Practising Midwife* 2003;6(10):14-16.

19. De Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Human Lactation* 2003;19(4):365-373.

20. Rea MF. [A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration] [Portuguese]. *Cadernos de Saude Publica* 2003;19(Suppl 1):S37-S45.

21. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation* 2001;17(4):326-343.

22. Pugin E, Valdes V, Labbok MH, Perez A, Aravena R. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of Human Lactation* 1996;12(1):15-19.

23. Protheroe L, Dyson L, Renfrew MJ, Bull J, Mulvihill C. *The effectiveness of public health interventions to promote the initiation of breastfeeding: Evidence briefing*. London, England: NHS Health Development Agency; 2003. Disponible sur le site: http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502579. Page consultée le 29 octobre 2007

24. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss FD. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353(9160):1226-1231.

25. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356(9242):1643-1647.

26. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK, Infant Feeding Study Group. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9367):1418-1423.

27. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362(9377):65-71.

28. World Health Organization. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. Disponible sur le site: http://www.who.int/entity/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf . Page consultée le 29 octobre 2007.