

Sônia Bechara Coutinho

*Aleitamento materno exclusivo:
um estudo de intervenção randomizado na
Zona da Mata Meridional de Pernambuco*

*Recife
2003*



Sônia Bechara Coutinho

*Aleitamento Materno Exclusivo:
um estudo de intervenção randomizado
na Zona da Mata Meridional de Pernambuco*

Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Nutrição no Curso de Pós-Graduação do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Pedro Israel Cabral de Lira

Prof. Adjunto do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco.

PhD em Medicine – London School of Hygiene and Tropical Medicine

Co-orientadora: Marília de Carvalho Lima

Profa. Adjunto do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal de Pernambuco.

PhD em Medicine – London School of Hygiene and Tropical Medicine

Recife
2003

Coutinho, Sônia Bechara

Aleitamento materno exclusivo : um estudo de intervenção randomizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco / Sônia Bechara Coutinho. – Recife : O Autor, 2003.

175 folhas : il., fig., tab., fotos.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Nutrição, 2003.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Aleitamento materno exclusivo – Estudo de intervenção randomizado. 2. Amamentação – Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). I. Título.

**613.953
613.269**

**CDU (2.ed.)
CDD (21.ed.)**

**UFPE
BC2003-070**

Título:

Aleitamento materno exclusivo: um estudo de intervenção
randomizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco

Nome: Sônia Bechara Coutinho

Tese aprovada em: 14 / 02 / 03

Membros da Banca Examinadora:

- Malaquias Batista Filho
- Mônica Maria Osório de Cerqueira
- Gisélia Alves Pontes da Silva
- Joel Alves Lamounier
- Sílvia Wanick Sarinho

**Recife
2003**

A felicidade aparece para aqueles que choram. Para aqueles que se machucam. Para aqueles que buscam e tentam sempre. E para aqueles que reconhecem a importância das pessoas que passam por suas vidas.

O futuro mais brilhante é baseado num passado intensamente vivido.

Você só terá sucesso na vida quando perdoar os erros e as decepções do passado.

A vida é curta, mas as emoções que podemos deixar, duram uma eternidade.

A vida não é de se brincar porque em pleno dia se morre.

Clarice Lispector

DEDICATÓRIA

A meu pai Gabriel, mestre na ciência do viver.

A minha mãe Ivanise, in memoriam, inspiração na busca pelo saber.

A Nelson, companheiro, amigo e força que me inspira e impulsiona para enfrentar novos desafios e realizar meus sonhos. Com muito amor.

A meus filhos, Renata, Nelsinho e André, por manterem acesa a chama da minha vida.

Às mães e crianças da Zona da Mata Meridional de Pernambuco.

AGRADECIMENTOS

A elaboração de uma tese de doutorado não é tarefa fácil, e não seria possível sem a contribuição de várias pessoas, em momentos diversos. A relação abaixo com certeza é incompleta, por falha de memória.

A Deus, pela dádiva da vida e força interior que me conduz.

A minha mãe, Ivanise, “in memoriam”, com saudades.

A meu pai, Gabriel, pelo estímulo constante.

A Nelson, pela paciência nos momentos de ausência, valorização da minha profissão e incentivo em todas as realizações de minha vida.

Aos meus filhos Renata, Nelson e André, pela compreensão durante meus períodos de afastamento.

Ao Professor Pedro Israel Cabral de Lira, orientador e amigo, pelo apoio pessoal e científico dedicado, paciência nos momentos mais difíceis, incentivo constante e oportunidade de crescimento científico.

Às Professoras Marília de Carvalho Lima e Gisélia Alves Pontes da Silva, companheiras de longa jornada, pelo carinho, estímulo, e sábios conselhos durante a realização deste trabalho.

À Professora Ann Ashworth Hill, pelo apoio, incentivo e sugestões pertinentes ao enriquecimento científico deste trabalho.

Aos Professores Joel Alves Lamounier, Malaquias Batista Filho e Ricardo Arraes de Alencar Ximenes, pelas suas valiosas contribuições durante a fase de elaboração do projeto.

Aos colegas da turma do doutorado, pela oportunidade de desfrutar de bons momentos.

Aos médicos Lindacir Sampaio e Romildo Assunção, pela participação no treinamento dos profissionais de saúde das maternidades dos Palmares.

À Professora Maria de Lourdes Pérez Diaz Teixeira, pelo companheirismo e incentivo durante a realização do trabalho de campo.

A Rosete Babiana de Melo, apoio constante nas dificuldades e momentos de desânimo, competência no processo de coleta dos dados e convivência amiga durante todo o trabalho.

À equipe de recrutamento, supervisão, antropometria e avaliação do projeto: Mônica, Chrystenise, Madalena, Maria da Conceição, Maria do Carmo, pela dedicação e competência na busca de informações precisas.

Às visitadoras domiciliares Salvina, Nilma, Inalda, Solange e Edileusa, que desenvolveram o trabalho de estímulo e apoio à amamentação com habilidade, desprendimento e dedicação.

A Maria José Gomes e Cláudia Lira, pela precisão na digitação dos dados.

A Paulo Sérgio Oliveira do Nascimento, pela disponibilidade, atenção e apoio nos momentos difíceis, além da competência na editoração deste trabalho.

A Cristina Malta, pela eficiência durante a revisão cuidadosa do texto.

Aos diretores do Hospital Regional dos Palmares, que gentilmente cederam uma sala para apoio e coordenação do projeto.

Aos diretores e equipes das maternidades Santa Rosa e Menino Jesus, que facilitaram o processo de recrutamento.

À MWM Locadora, na pessoa de Jessé, pela atenção na seleção dos carros alugados para o trabalho de campo, e à equipe dos Hotéis Poeta dos Palmares e Luar de Prata, pela acolhida carinhosa.

À Rádio Cultura dos Palmares, por divulgar a amamentação.

A todos que fazem o Departamento de Nutrição/UFPE, pela acolhida, em especial, o pessoal do Laboratório de Saúde Pública e da Pós-Graduação.

Aos colegas do Departamento Materno-infantil / Mestrado em Pediatria/UFPE, pelo estímulo e apoio para o meu crescimento profissional.

Aos colegas do berçário do Hospital das Clínicas da UFPE e do Hospital Agamenon Magalhães, que estiveram privados da minha contribuição na distribuição das tarefas.

A Bete, pelo valioso apoio doméstico, possibilitando minha disponibilidade para desenvolver o projeto.

À Sudene, pelo financiamento deste projeto, e à Sociedade de Pediatria de Pernambuco, que participou no repasse dos recursos.

À Professora Sílvia Wanick Sarinho, pela confiança em mim depositada, facilitando o processo do convênio com a Sudene.

Às mães e crianças, sem as quais este estudo não seria possível.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram com esta pesquisa.

Sumário

	Página
RESUMO	
ABSTRACT	
I – INTRODUÇÃO	13
II - REVISÃO DA LITERATURA: INTERVENÇÕES EM ALEITAMENTO MATERNO	18
– Resumo	19
– Abstract	20
– Introdução	21
– Iniciativa Hospital Amigo da Criança	27
– Intervenções no período pós-natal	60
– Intervenções combinadas	65
– Comentários e Conclusões	68
– Referências Bibliográficas	72
III - ARTIGO I	90
– Resumo	91
– Abstract	92
– Introdução	93
– Casuística e Método	95
– Resultados	102
– Discussão	112
– Conclusões	118
– Referências Bibliográficas	119
IV - ARTIGO II	124
– Resumo	125
– Abstract	126
– Introdução e Justificativa	127

	Página
– Casuística e Método	130
– Resultados	141
– Discussão	148
– Conclusões	153
– Referências Bibliográficas	154
V - CONCLUSÕES GERAIS E SUGESTÕES	160
VI - ANEXOS	164
– Anexo A - Documentação fotográfica	
– Anexo B - Questionários	

RESUMO

Objetivos – a) Avaliar as práticas da amamentação, em duas maternidades da cidade dos Palmares, Pernambuco, e comparar o perfil do aleitamento materno com os dados basais do estudo de coorte realizado na área, em 1998; b) Avaliar um programa de incentivo e apoio à amamentação, visando melhorar a prática do aleitamento materno exclusivo em quatro cidades da Zona da Mata Meridional de Pernambuco.

Métodos – a) Foram treinadas 90% das auxiliares de enfermagem e parteiras das duas instituições (A e B), no Curso de Manejo do Aleitamento Materno do UNICEF. Foram recrutadas e entrevistadas 350 mães, nas primeiras 48 horas e 10 dias após o parto, para avaliar as práticas da amamentação nas maternidades e o cumprimento do 4º ao 10º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Uma sub-amostra de 175 mães recebeu sete visitas domiciliares, para avaliar a prática do aleitamento, durante os seis primeiros meses de vida. b) Intervenção de base comunitária, randomizada, controlada para intervenção em aleitamento materno, através de visitas domiciliares. As 350 mães recrutadas foram divididas em: grupo controle (175), com cuidados convencionais de saúde e grupo de intervenção (175), que recebeu 10 visitas de mulheres da comunidade, treinadas para oferecer apoio e incentivo à amamentação até seis meses após o parto. Os dois grupos receberam sete visitas para avaliar a prática da amamentação durante os primeiros seis meses.

Resultados – a) O desempenho da maternidade B foi melhor que o da maternidade A e estatisticamente significativo do 4º ao 10º passo ($p < 0,001$). Durante os seis meses de acompanhamento houve aumento do aleitamento materno exclusivo, quando comparado aos dados basais. b) O aleitamento materno exclusivo ou associado a outros alimentos foi maior no grupo de intervenção, quando comparado com o grupo controle, durante os seis meses após o parto ($p < 0,001$). O aleitamento materno exclusivo foi de 66,1% versus 15,5%, aos 30 dias, e 23,7% versus 3,1%, aos seis meses. O uso da água foi menor entre as crianças do grupo de intervenção (12,1% versus 50,9, aos 10 dias, e 53,8% versus 83,2%, aos 6 meses, no grupo controle). O uso do chá, chupetas e mamadeiras foi reduzido entre as crianças do grupo de intervenção, quando comparadas com os controles, durante os seis meses de vida ($p < 0,001$).

Conclusões – a) Os passos da IHAC foram parcialmente implantados e as duas maternidades melhoraram a prática da amamentação, contudo, há necessidade da participação dos médicos nos treinamentos e maior apoio dos gestores. Houve aumento na prática do aleitamento materno exclusivo nas maternidades e durante os seis primeiros meses de vida, quando comparado com os dados basais da área. b) O contato precoce e repetido, no período pós-natal, com mulheres da comunidade, treinadas, foi associado ao aumento do aleitamento materno exclusivo e complementado com outros alimentos, redução do uso de água, chá, chupetas e mamadeiras, durante os primeiros seis meses. Este modelo poderá ser aplicado em outras comunidades brasileiras, visando o aumento do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, estudo de intervenção randomizado.

ABSTRACT

Objectives – a) Evaluate the breastfeeding practices in two maternities in the city of Palmares, state of Pernambuco and compare the breastfeeding profile after training with the base data of a study undertaken in 1998. b) Evaluate an encouragement and support program for breastfeeding aimed at improving the practices of exclusive breastfeeding, in four cities in the sugarcane plantation region of the state of Pernambuco.

Method – a) 90% of the nursing auxiliaries and midwives of the two institutions (A and B) were trained in the Managing Breastfeeding Course of UNICEF. A total of 350 mothers were recruited both within the first 48 hours and 10 days after childbirth to evaluate breastfeeding practices in the maternities and the fulfilling of the 4th through 10th steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI). A sub-sample of 175 mothers received seven in-home visits to evaluate the breastfeeding practices throughout the first six months of the child's life. b) Randomized, controlled community interventions in breastfeeding practices through in-home visits. The 350 mothers were recruited and divided in: control group (175) with conventional health care and an intervention group (175) that received 10 visits from trained women from the community to offer support and encouragement in breastfeeding during the first six months after childbirth. Seven evaluation visits were done regarding breastfeeding practices.

Results – a) The performance of maternity B was superior to that of maternity A and statistically significant from the 4th to the 10th steps ($p < 0.001$). During the first six months of follow-up there was an increase in exclusive breastfeeding when compared to the base data. b) Exclusive breastfeeding or breastfeeding in conjunction with other nourishment was greater in the intervention group than in the control group during the first six month after childbirth ($p < 0.001$). Exclusive breastfeeding was 66.1% versus 15.5% at 30 days and 23.7% versus 3.1% at six months. The use of water was lower among the children of the intervention group (12.1% versus 50.9 at 10 days and 53.8% versus 83.2% at 6 months). The use of tea, pacifiers and bottles was reduced among the children of the intervention group when compared to those of the control group during the first six months of life ($p < 0.001$).

Conclusions – a) When comparing the two maternities, maternity B had a better performance. Nevertheless, both institutions need to have a greater participation of the doctors in the training program and more support from the administrators. There was an increase in the practice of exclusive breastfeeding in the maternities and throughout the first six months of the child's life when compared to the base data. b) Early and repeated contact with trained women from the community was associated with an increase in exclusive breastfeeding and breastfeeding in conjunction with other foods. It was also associated with a reduction in the use of water, tea, pacifiers and bottles during the first six months of life. This model could be applied to other Brazilian communities with the aim of increasing practices of exclusive breastfeeding.

Key words: Breastfeeding, Baby-Friendly Hospital Initiative, Randomized controlled trial.

I -

Introdução

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o aleitamento materno, no Brasil, tem despertado o interesse dos gestores no planejamento de políticas e projetos em Saúde Pública, na área materno-infantil, e motivado o desenvolvimento de pesquisas, visando um diagnóstico da situação, na perspectiva de elaborar intervenções para ampliar a prática da amamentação, no país.

Pesquisas realizadas na Zona da Mata Meridional de Pernambuco demonstraram baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo (10,7% aos 30 dias), hábitos alimentares inadequados para lactentes, associados a práticas e rotinas hospitalares prejudiciais ao início da amamentação^{1,2}.

Face à importância do aleitamento materno para a saúde e sobrevivência infantil e com base nos dados dos estudos anteriores, foi elaborado um projeto de intervenção em aleitamento materno, visando melhorar a prática da amamentação exclusiva, na área.

Inicialmente, foram realizados treinamentos no manejo do aleitamento materno, para os profissionais de saúde das maternidades da cidade dos Palmares, com o objetivo de modificar as práticas e rotinas utilizadas, a fim de promover o incentivo da amamentação, nas instituições. Posteriormente, foi desenvolvido o projeto de intervenção em aleitamento, através de visitas domiciliares, no período pós-natal. Parte dos dados coletados estão apresentados nesta tese de doutorado em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), elaborada sob a forma de revisão bibliográfica das intervenções em aleitamento materno, sendo o

projeto de intervenção dividido em dois artigos, segundo a orientação sobre apresentação de teses da Pós-Graduação em Nutrição da UFPE.

A revisão bibliográfica procura analisar as intervenções realizadas durante os períodos pré e pós-natal, além de avaliar os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, comparando os procedimentos adotados em vários países, fruto de pesquisa de especialistas renomados na área.

O primeiro artigo faz uma avaliação do impacto do treinamento dos profissionais no manejo do aleitamento materno, realizado em duas maternidades de Palmares, sobre a prática da amamentação e compara os resultados obtidos com os dados do estudo anteriormente realizado na área².

O segundo artigo aborda os resultados da intervenção em aleitamento materno no período pós-natal, realizado por mulheres da comunidade, treinadas em técnicas de manejo da amamentação, para promover e apoiar a lactação, durante seis meses após o parto, através de visitas domiciliares, no intuito de oferecer novas perspectivas no enfoque da promoção e apoio ao aleitamento exclusivo.

Nos anexos desta tese foi inserida a documentação fotográfica das diversas etapas do projeto, bem como registrados os eventos alusivos à Semana Mundial da Amamentação, comemorada em outubro de 2001, na cidade dos Palmares, com a realização de uma carreata, da qual participaram a equipe do projeto, mães das quatro cidades envolvidas, profissionais das maternidades e alunos da rede de ensino médio da cidade dos Palmares, agentes comunitários de saúde, prefeituras e secretarias de saúde dos quatro municípios, comércio e rádios difusoras locais. Durante a Semana Mundial da Amamentação foram realizadas duas entrevistas na rádio difusora local, sobre aleitamento materno. Os questionários que deram

origem ao banco de dados são também apresentados, sob a forma de anexos.

Muitos programas de incentivo ao aleitamento materno têm sido desenvolvidos no Brasil. Este projeto, com a participação de mulheres da comunidade, treinadas em amamentação, com perfil semelhante ao do agente comunitário de saúde, procura abrir novas perspectivas na atenção à criança de baixa idade, com relação ao aleitamento materno a ser incluído no Programa do Agente Comunitário de Saúde, visando fortalecer a prática da amamentação exclusiva, nos municípios brasileiros em que este programa está implantado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Lacerda N. Fatores maternos, suporte de serviços de saúde e apoio social: um estudo sobre o aleitamento materno da Zona da Mata Meridional de Pernambuco. [dissertação. mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1999.
- 2 Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Batista Filho M, Huttly SRA, Ashworth A. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001; 108: e66
Disponível em: [URL:http://pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66](http://pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66).

II - Revisão da literatura: intervenções em aleitamento materno

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo, por seis meses, tem-se revelado como importante estratégia para reduzir a morbimortalidade infantil. Mesmo com o conhecimento das inúmeras vantagens do uso do leite humano na alimentação da criança, essencial para a sobrevivência das crianças pobres dos países subdesenvolvidos, a prática da amamentação ainda está longe de ser exercida plenamente. No Brasil, embora tenha havido uma melhora significativa na mediana do aleitamento materno, especialmente nas áreas urbanas das grandes cidades, não houve acompanhamento desta tendência no interior urbano e áreas rurais. Esta revisão da literatura faz um breve histórico da evolução da prática da amamentação, no Brasil, e aborda as estratégias para melhorar os índices de aleitamento materno, enfocando, de forma mais detalhada, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e outras intervenções, no pré-natal e após o parto. Os passos da IHAC foram avaliados isoladamente, seguindo-se uma análise das intervenções combinadas. As evidências comprovam que a efetividade destas ações é maior quando a implementação dos 10 passos é realizada em conjunto e as intervenções são combinadas. Esforços devem ser dirigidos no sentido de ampliar o número de instituições credenciadas como Amigas da Criança. Outras estratégias, no período da gravidez e após o parto, também devem ser utilizadas para apoiar a promoção da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e sua manutenção durante o segundo ano de vida ou mais, permitindo, assim, melhores índices de sobrevivência e qualidade de vida das crianças brasileiras.

Palavras-chave: Amamentação, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Intervenções em aleitamento materno.

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding for the first six months has been regarded as an important strategy for reducing child mortality and illness. Despite awareness of the innumerable advantages of the mother's milk in feeding a child, which is essential for the survival of poor children in underdeveloped nations, the practice of breastfeeding is still far from being widely exercised. In Brazil, although there has been a significant increase in the average number of mothers that breastfeed in the urban areas of large cities, there has been no similar occurrence in the urban hinterland and rural areas. This literature review outlines a brief history of the practice of breastfeeding as it has evolved in Brazil and describes strategies for improving the breastfeeding indices, focusing in a more detailed fashion on the Baby-Friendly Hospital Initiative – BFHI and other prenatal and postpartum interventions. The steps taken by the BFHI were evaluated separately, followed by an analysis of the combined interventions. The evidence points to the fact that the effectiveness of these actions is greater when the implementation of the 10-step program is undertaken as a whole and the interventions are combined. Efforts should be directed toward increasing the number of institutions accredited as Baby-Friendly. Other strategies during the pregnancy and postpartum periods should also be utilized to support the promotion of exclusive breastfeeding during the first six months and maintaining it supplementally throughout the second year of life, thus allowing improved survival and quality of life indices for Brazilian children.

Key Words: Breastfeeding, Baby-Friendly Hospital Initiative, Breastfeeding intervention.

INTRODUÇÃO

A revolução industrial, no final do século XIX, causou transformações sociais, econômicas e culturais, além de modificações crescentes nos estilos de vida, em todo o mundo e também no Brasil, mudando os hábitos alimentares das crianças brasileiras. Houve um avanço tecnológico nas indústrias multinacionais produtoras de fórmulas lácteas, associado a uma grande disseminação na propaganda dos substitutos do leite materno, através dos mais diversos meios de comunicação, sobretudo as revistas e os livros.

Até o final da década de 70, a influência das indústrias de leite sobre as mães e profissionais de saúde era muito forte, especialmente sobre os pediatras. O ensino da puericultura nas escolas médicas, de nutrição e de enfermagem estava muito influenciado pela propaganda de fórmulas lácteas mais sofisticadas, associado ao pouco conhecimento das vantagens e das técnicas de manejo do aleitamento materno.

Nesta época, a preocupação dos pediatras era direcionada para o controle da desnutrição e a busca de alimentos com quantidades de calorias, proteínas, lipídios e carboidratos para atender as exigências estimadas para a manutenção de um bom estado nutricional. Não havia uma preocupação com o tipo do leite a ser utilizado (se materno ou de outro tipo), mas, sim, com o cálculo das calorias e composição bioquímica das fórmulas lácteas. Outro fator que contribuía para o desmame precoce era a preocupação em introduzir sucos e outros alimentos, após os 30 dias de vida, associada à falta de conhecimento no manejo da lactação, favorecendo a prescrição de mamadeiras, sempre que a mulher estava insegura quanto à sua capacidade em amamentar ou achava que tinha baixa produção de leite.

A propaganda maciça e indiscriminada era dirigida especialmente aos pediatras, obstetras e nutricionistas, com distribuição de latas de leite nos serviços de saúde e após o nascimento de filhos destes profissionais. Em muitas maternidades brasileiras, as mães recebiam uma lata de leite na alta, como brinde, no caso “de insuficiência ou falta de leite.”

No Brasil, a freqüência da amamentação estava muito baixa, no início dos anos 70, obedecendo uma tendência mundial¹. A maioria das maternidades mantinha os bebês afastados de suas mães, para observação, nos “berçários de recém-nascidos normais,” durante um período de 12 ou 24 horas. As mães eram proibidas de entrar nos berçários (para não trazer infecções para seus filhos) e, durante este intervalo de tempo, eram rotineiramente oferecidos ao recém-nascido alimentos pré-lácteos, administrados em chuquinhas. Não havia nenhum apoio ao aleitamento materno, nas instituições, e muitas mães já saíam da maternidade com receitas de fórmulas lácteas.

Não existia o sistema de alojamento conjunto, nem tampouco havia bancos de leite. As maternidades possuíam lactários, onde era preparada grande quantidade de mamadeiras, com fórmulas lácteas e chuquinhas com água adoçada ou soro glicosado. Em muitas instituições, a prática do uso de chupetas era comum.

O conjunto destas rotinas e práticas impedia o adequado estabelecimento da lactação e, associado à falta de conhecimentos dos profissionais, com relação aos benefícios e manejo do aleitamento materno, levavam, como consequência, ao desmame precoce, com repercussões desastrosas sobre a saúde das crianças, aumento da desnutrição e mortalidade infantil, especialmente devido à diarreia e doenças infecciosas, na maioria dos municípios brasileiros.

Müller,² em sua publicação “The Baby Killer,” chamou a atenção para os prejuízos acarretados à saúde infantil pela utilização de

leites artificiais, denunciando o papel das indústrias de alimentos infantis e sua promoção comercial indiscriminada, gerando pouca confiança da mulher em sua capacidade em amamentar: “quando o leite da mãe não for suficiente, nosso produto ajudará a compensar a diferença”. O autor chamou a atenção para o aparecimento de desnutrição infantil, associada ao uso de fórmulas lácteas, além das doenças e mortes desnecessárias de milhões de crianças, no mundo.

Retorno ao aleitamento materno

A relação do desmame precoce com a introdução de substitutos do leite humano e o aparecimento de doenças foi objeto de estudo, em vários países. Por outro lado, a proteção conferida pelo aleitamento materno foi comprovada em diversas pesquisas, que identificaram fatores de defesa imunológica no colostro e leite humano, e compararam a incidência de infecções e manifestações alérgicas entre crianças amamentadas e alimentadas com leite de vaca³⁻⁹.

No final da década de 70, tem início, na Europa, especialmente nos países escandinavos, um movimento em prol do aleitamento materno. No Brasil, começa a haver uma sensibilização, em todo o território nacional, para resgatar o retorno da prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Surgem as primeiras teses e trabalhos científicos sobre o tema, em nosso país.

Em 1971, ocorre a primeira experiência da utilização do alojamento conjunto, no Hospital Distrital de Brasília¹⁰.

No Recife, no ano de 1974, foi publicada portaria, assinada pelo professor Fernando Figueira, então Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco. Ementa: “Proíbe a propaganda realizada diretamente, pelos fabricantes ou distribuidores, através da doação de leite em pó, às mães

pobres, nos hospitais e demais unidades da Secretaria de Saúde de Pernambuco”². Foi uma iniciativa pioneira para o país, acarretando benefícios para a prática do aleitamento materno.

Com a criação do Comité Nacional de Aleitamento Materno, pela Sociedade Brasileira de Pediatria, entre 1976/77, teve início a discussão sobre a retomada da prática da amamentação, entre os pediatras, através de congressos médicos da especialidade.

No início dos anos 80, obedecendo as determinações da Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), teve início uma ampla campanha de incentivo à amamentação, consolidada em 1981, com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), coordenado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) do Ministério da Saúde¹¹. A estratégia do programa consistia na divulgação das informações sobre o aleitamento materno para profissionais de saúde da área materno-infantil, capacitação de pessoal e implementação do alojamento conjunto, bem como aumentar o nível de conscientização da população quanto aos riscos do desmame precoce¹⁰.

Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que incluía, entre suas ações, a promoção do aleitamento materno, considerada, na época, uma prioridade nacional¹². Este programa tinha como objetivo a capacitação dos profissionais de saúde nas ações básicas (aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, prevenção de diarreias, terapia de reidratação oral e controle das infecções respiratórias agudas).

Um passo muito importante no sentido de controlar a propaganda indiscriminada dos leites artificiais foi a adoção do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, pela Assembléia Mundial de Saúde, em 1981, aprovado pelo Conselho Nacional

de Saúde, em 1988¹³. Neste mesmo ano, foi oficializada a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, sendo promulgada, pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1992.

Em 1983, foram estabelecidas as normas do alojamento conjunto e assinada a portaria nº 18, do Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS/MS), que estabeleceu a obrigatoriedade do alojamento conjunto. Três anos mais tarde, os hospitais universitários também adotaram o mesmo procedimento, após portaria do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Finalmente, em 1993, as normas básicas para a implantação do alojamento conjunto foram difundidas, em todo o território nacional.

Vale também ressaltar importantes medidas adotadas no país, em favor do aleitamento materno: a ampliação da licença-maternidade para 120 dias e a criação da licença-paternidade, de cinco dias, na Constituição de 1988.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, criado em 1990, também favoreceu a prática da amamentação, ao recomendar “que o poder público, instituições e empregadores propiciem condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida preventiva de liberdade”.

O Encontro Mundial de Cúpula pela Infância (1990) e o Pacto pela Infância no Brasil (1994), assinado pelos governadores, vieram reforçar a utilização das práticas de amamentação, em todo o território nacional. Os governantes assumiram o compromisso de promover condições adequadas para que todas as mulheres pudessem amamentar seus filhos exclusivamente ao seio, durante os seis primeiros meses de vida, e continuar o aleitamento materno, acrescido de alimentos complementares, se possível até o segundo ano de vida¹⁴⁻¹⁶.

Ao longo deste período, muitas pesquisas, realizadas em vários países, ratificaram a proteção conferida pelo leite materno, contra infecções diarreicas e respiratórias, septicemias, enterocolite necrotizante, manifestações alérgicas, doenças crônicas, entre outras, além de proporcionar o crescimento e desenvolvimento ideal para o lactente e benefícios para a saúde materna¹⁷⁻²⁹.

Com tantas evidências científicas sobre o valor do leite materno para a saúde infantil, sentiu-se a necessidade de elaborar estratégias para estimular a prática do aleitamento materno exclusivo. Surgiram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, os bancos de leite humano, o Método Canguru, o Programa do Agente Comunitário de Saúde e o Programa de Saúde da Família. Contudo, ainda há muito o que fazer para evitar o desmame precoce. Novas estratégias têm surgido, com esta finalidade: a Unidade Básica Amiga da Criança, os centros de lactação, o estímulo ao aleitamento materno, através de visitas domiciliares, realizadas por mulheres da própria comunidade, com ou sem experiência pessoal em amamentação, bem como a atuação de grupos de mães.

Esta revisão analisa várias intervenções, procurando identificar sua efetividade na promoção do aleitamento materno.

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Em agosto de 1990, na cidade de Florença, Itália, com a participação do Brasil, foi promovido um encontro, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o UNICEF, visando a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno. Neste encontro, foi elaborada e adotada a Declaração de Innocenti, por um grupo de formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das Nações Unidas. O Brasil participou desta reunião e assinou a Declaração. As medidas adotadas para atingir estas metas foram denominadas "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno," elaboradas por um grupo de especialistas em saúde e nutrição, com a finalidade de promover, incentivar e apoiar o aleitamento materno³⁰⁻³¹.

Foi então instituída a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com o objetivo de promover a amamentação através da mobilização e treinamento dos profissionais de saúde e funcionários das maternidades, visando a prevenção do desmame precoce.

A escolha das maternidades para a implantação desta iniciativa baseou-se no fato de que a quase totalidade dos partos é hospitalar, e que, na maioria dos hospitais dos países industrializados, bem como naqueles em desenvolvimento, não existe um apoio satisfatório para a amamentação. Ao mesmo tempo, os profissionais das maternidades são considerados como detentores das melhores e mais atualizadas noções em relação aos cuidados com o recém-nascido, podendo servir de exemplo para milhões de mães. Durante o encontro, na Itália, foram escolhidos 12 países líderes para a implementação dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, até o final de 1991: Bolívia, Brasil, Costa do Marfim, Egito, Filipinas, Gabão, México, Nigéria, Paquistão, Quênia, Tailândia e Turquia. Os demais países participantes do encontro assumiram o compromisso de implementar os passos até o final de 1992.

No Brasil, esta iniciativa tem a coordenação do Ministério da Saúde e do UNICEF, através do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno.

Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno são:

1 - Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.

2 - Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.

3 - Informar às gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.

4 - Ajudar as mães a iniciar a amamentação, na primeira meia hora após o parto.

5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

6 - Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.

7 – Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

8 - Encorajar o aleitamento sob livre demanda.

9 - Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.

10 - Encorajar a formação de grupos de apoio ao aleitamento materno e referir as mães aos mesmos, no momento da alta do hospital ou do ambulatório.

Para que um hospital ou maternidade possa se tornar Hospital Amigo da Criança é preciso que obtenha, no mínimo, 80% de aprovação dos critérios globais para cada um dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. Este processo é lento, muitas vezes difícil, requerendo

sensibilização da equipe de saúde e dos administradores, mudanças de rotina, por parte dos profissionais, no atendimento à mãe e seu filho, além de uma contínua vigilância no cumprimento da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes. Para serem credenciados, além da aprovação no cumprimento dos dez passos, os hospitais precisam atender os pré-requisitos da portaria nº 123, publicada no Diário Oficial de 27 de junho de 2001:

- não estar respondendo a sindicância, no Sistema Único de Saúde, nem ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada ao binômio mãe e filho;
- dispor de responsável habilitado para assistência à mulher e à criança, na maternidade e na sala de parto;
- haver uma comissão de estudo de morbimortalidade materna e neonatal implantada e atuante, que forneça, anualmente, ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde, as informações epidemiológicas, indicando as iniciativas adotadas para a melhoria da assistência;
- apresentar taxa de cesárea conforme o estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde, tendo como referência as regulamentações estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- apresentar tempo de permanência hospitalar de, no mínimo, 24 horas para pacientes de parto normal, e 48 horas, para parto cesariano.

Após esta fase, o hospital solicita o questionário de auto-avaliação à Secretaria Estadual de Saúde, a ser preenchido pela sua direção. Segue-se uma pré-avaliação, a cargo de avaliadores treinados, para identificar a ocorrência de possíveis problemas para a implantação dos dez passos e os critérios para o credenciamento. O certificado de compromisso, ao ser entregue, inclui as sugestões para a correção das dificuldades existentes. Após um prazo pré-estabelecido, o Ministério da Saúde designa dois avaliadores para fazer a avaliação global da instituição e, se aprovado o credenciamento, o hospital recebe o título de "Hospital Amigo da Criança",

formalizado através de uma placa, entregue por representantes do UNICEF e do Ministério da Saúde, em solenidade oficial.

Hospitais Amigos da Criança no Mundo e no Brasil

Em 1995, estavam credenciados, em todo o mundo, 4.282 Hospitais Amigos da Criança, número este aumentado para 8.041, em 1996. Nos países asiáticos e africanos, estavam sediados 88,2% dos hospitais que receberam o título, em 1996, enquanto apenas 9%, entre os credenciados, localizavam-se na América Latina³².

No Brasil, em 1992, o primeiro hospital a receber o título de Amigo da Criança foi o Instituto Materno Infantil de Pernambuco–IMIP, no Recife (PE). Em 1993, eram cinco hospitais, passando para 103, em 1998, em todo o país. A região Nordeste concentra a maior parte (68,1%), seguindo-se a região Centro-Oeste (10,6%), Sul (9,7%), Sudeste (8,7%), e Norte, com apenas 2,9%³¹.

Embora tenha havido, no Brasil, um aumento substancial no número dos hospitais credenciados, ainda é um total muito pequeno, comparado com outros países que, em 1994, já detinham um número bem superior: China-947, Tailândia-440, Kênia-232, Filipinas-225, México-224, Tunísia-118. Neste ano, 1994, o Brasil contava com apenas 9 instituições credenciadas como "Hospital Amigo da Criança"³³. Em julho de 2002, existiam 215 hospitais credenciados, em nosso país³⁴, número ainda insuficiente ao se levar em conta a sua população materno-infantil.

Evidências observadas no cumprimento dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno

Fatores os mais diversos podem influenciar a escolha da mulher sobre a melhor forma de alimentar seus filhos, bem como a duração do aleitamento materno: ligados ao local de residência (se urbana ou rural), nível socioeconômico, educação materna, situação de emprego da mãe, pressão comercial e conhecimento sobre os substitutos do leite materno, dentre outros. Fatores socioculturais também podem interferir, tais como: crenças e atitudes, influência dos pais, avós, parentes e amigos, e a experiência anterior relacionada à prática da amamentação³⁵⁻³⁹.

A prática do aleitamento materno parcial ou exclusivo pode sofrer influências diferentes na mesma comunidade, ao longo do tempo, na dependência de valores culturais⁴⁰.

A implementação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno pode ser afetada de diferentes maneiras, nos diversos serviços de saúde das comunidades, embora os estudos tenham constatado que os dez passos, uma vez implantados, aumentam a duração do aleitamento materno. A implantação de cada passo é importante, e por si só exerce um efeito benéfico, porém, o impacto maior é obtido quando todos são implantados⁴¹.

Avaliação do Passo 1

Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.

É difícil estabelecer um desenho experimental para avaliar o efeito das normas em aleitamento materno. Neste tipo de avaliação, são

mais úteis os estudos descritivos e qualitativos sobre experiências em diferentes serviços de saúde⁴¹.

Wright et al.⁴² descreveram a experiência de tentar mudar as normas e práticas em aleitamento materno, em um hospital americano, entre 1990 e 1993. Foi realizada uma intervenção, entre 1991 e 1992, para o cumprimento das normas em amamentação. As mudanças foram só parciais, pois os membros do departamento de obstetrícia não participaram e ainda distribuíam presentes às mães, contendo fórmulas lácteas. Os autores concluíram que a maior limitação para a introdução das mudanças foi o fato de as mesmas não constituírem uma prioridade administrativa para os diretores do hospital.

A falta de apoio dos administradores dos hospitais pode dificultar e até mesmo impedir a implementação das ações para o estímulo ao aleitamento materno⁴²⁻⁴³.

Pesquisa em 5 hospitais da Turquia (2 públicos e 3 privados), para avaliar a implementação dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, evidenciou que, em nenhum deles, as normas eram cumpridas. Nos hospitais privados, as mudanças das práticas obedeciam aos desejos das clientes, o que constituía um forte obstáculo ao apoio ao aleitamento⁴⁴.

Ao descrever mudanças na prática da amamentação em maternidades da Noruega, em 1973, 1982 e 1991, Heiberg & Helsing⁴⁵ observaram importantes modificações na conduta dos profissionais de saúde, tais como: incentivar o contato com a mãe e a alimentação ao seio mais precoce, adotar o alojamento conjunto e a amamentação sob livre demanda. Contudo, poucas maternidades tinham normas enfatizando o aleitamento materno exclusivo e iniciavam o uso de água, água com açúcar ou fórmula láctea, enquanto as mães estavam no hospital. Os autores deram ênfase à necessidade de formulação de uma política alimentar dirigida aos

hospitais, para melhorar o conhecimento dos profissionais e, conseqüentemente, mudar as normas alimentares das crianças.

Algumas práticas rotineiras são inadequadas e podem favorecer o uso de substitutos do leite materno, mamadeiras e chupetas, interferindo, assim, na promoção do aleitamento materno. São exemplos: distribuição ou exposição de "posters," calendários ou outro material escrito, promovendo a alimentação artificial, distribuição de amostras de leite às mães, na alta hospitalar, aceitação de substitutos do leite humano ou de outros produtos incluídos no Código de Comercialização de Alimentos Infantis.

Taylor, em 1998, realizou um estudo transversal sobre a promoção dos substitutos do leite materno, na Polônia, em Bangladesh, na Tailândia e na África do Sul. Mães que receberam informações para a promoção do uso da mamadeira ou para desencorajar a amamentação usaram mais freqüentemente a mamadeira do que as que não receberam tais orientações⁴⁶.

Para a efetividade das intervenções em aleitamento materno é necessário a implantação de uma política forte, que modifique práticas e normas, assegurando que as mudanças sejam compreendidas e cumpridas pelo corpo médico e de enfermagem da instituição⁴⁷. Contudo, segundo Hales⁴⁸, "as mudanças muitas vezes parecem impossíveis para aquelas pessoas que querem implantá-las. A promoção do aleitamento materno é possível, efetiva, e não é muito difícil. Existem muitos fatores influenciando a amamentação que a equipe de saúde pode mudar". A autora apresenta um guia prático para profissionais interessados em mudar as práticas hospitalares, com respeito à amamentação. Também oferece um modelo para organizar a mudança na instituição, através dos "agentes de mudança". Apesar de ter sido escrito há duas décadas, o trabalho continua muito atual.

O processo de mudança sempre encontra barreiras, e é muito importante a indicação de um grupo multidisciplinar para coordenar as modificações nas rotinas e práticas, visando o sucesso do aleitamento materno, incluindo os administradores da instituição⁴⁹.

Avaliação do Passo 2

Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.

Para poder orientar as mães de forma satisfatória, é necessário que a equipe adquira conhecimentos e também habilidades no manejo da lactação. Frequentemente, os profissionais de saúde que trabalham com o grupo materno-infantil não recebem treinamento adequado, durante a sua formação. Há também necessidade de mudar suas atitudes, visando eliminar as barreiras para a promoção do aleitamento materno⁵⁰.

Lawrence, em 1982, realizou pesquisa sobre as práticas e atitudes em relação à amamentação entre pediatras, obstetras, médicos de família, e enfermeiras, nos Estados Unidos. Entre 50 e 75% dos convocados responderam à pesquisa. Um terço respondeu que não iniciava a discussão sobre a amamentação com as mães. Mais de 80% dos pediatras e médicos de família recomendavam oferecer suplementos líquidos a crianças amamentadas⁵¹.

Na avaliação de conhecimentos simples sobre aleitamento materno, feita com profissionais de saúde, em 5 hospitais na Turquia, Gökçay et al., em 1997⁴⁴, encontraram respostas que revelaram a falta de conhecimento adequado, tais como: não acreditar em diferenças significativas entre o leite materno e a fórmula láctea.

Para ter um bom rendimento do nível de aprendizagem o treinamento em serviço deve ser obrigatório. Se for voluntário, a frequência é baixa, e só comparecem aqueles cuja atitude é favorável ao aleitamento materno^{43,45}.

No Brasil, Westphal et al.⁵² avaliaram um curso sobre amamentação, com carga horária de 133 horas, freqüentado por profissionais de oito maternidades. Quatro delas foram randomicamente selecionadas como intervenção e enviaram três profissionais para o treinamento. As outras maternidades constituíram o grupo controle. O curso cobriu os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, sendo um terço da carga horária destinado a atividades práticas. O curso foi eficiente para capacitar os profissionais na promoção do aleitamento materno.

Rea & Venancio⁵³ avaliaram o Curso de Aconselhamento em Amamentação⁵⁴, realizado em São Paulo, com duração de 40 horas, sendo 8 de prática clínica. Seu impacto foi avaliado em estudo experimental controlado, alocando aleatoriamente os participantes e comparando-os com um grupo controle. As autoras concluíram que o curso pode ser implantado como proposto; os profissionais adquirem habilidades de aconselhamento, mas há necessidade de reforçar as atividades práticas no manejo da lactação. Este curso oferece, aos participantes, a oportunidade de aprender as habilidades de ouvir e desenvolver a confiança, reduzindo as barreiras existentes entre os trabalhadores de saúde e as mães, facilitando assim a promoção e o apoio ao aleitamento materno.

Recentemente, a Academia Americana de Pediatria realizou pesquisa para avaliar os conhecimentos dos pediatras de seu país, em aleitamento materno. Apenas 65% dos pediatras recomendavam a amamentação exclusiva no primeiro mês após o nascimento e 37% dos profissionais indicavam a prática do aleitamento materno durante o primeiro ano de vida. A maioria (72%) não conhecia o conteúdo da IHAC. Os autores

concluíram que os pediatras necessitavam de maior conhecimento no manejo da lactação⁵⁵.

Na implantação dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança recomenda que a duração mínima do curso de manejo e promoção do aleitamento materno, dirigido aos profissionais, seja de 18 horas, incluindo 3 horas de atividades práticas⁵⁶. Algumas vezes é necessário um aumento na carga horária, para possibilitar maior sensibilização dos participantes quanto à implantação das mudanças necessárias.

A literatura especializada aponta para o conhecimento inadequado nas técnicas de manejo da lactação, por parte dos profissionais envolvidos na atenção à mãe e ao recém-nascido^{44,51,55,57}. Conhecendo-se o papel importante dos profissionais no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, é necessário assegurar sua qualificação, através de cursos que abordem as evidências científicas das qualidades do leite humano, os prejuízos, para a saúde infantil, decorrentes do uso de chupetas e mamadeiras, os conhecimentos e habilidades práticas no manuseio da lactação. Estes treinamentos devem estar associados a uma decisão política, dos dirigentes das instituições, em apoiar e favorecer o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, estabelecendo modificações nas práticas e rotinas, pois, feita isoladamente, nenhuma intervenção é suficiente e eficaz em promover as mudanças necessárias.

Avaliação do Passo 3

Informar às gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.

Antes mesmo da gravidez, a mulher precisa conhecer os benefícios da amamentação. Durante o pré-natal, devem ser esclarecidas as

vantagens do leite materno e oferecidas orientações quanto à técnica da amamentação. A preparação, antes do parto, previne muitas dificuldades no estabelecimento da lactação. A participação dos companheiros e futuras avós na aquisição de conhecimentos, durante esta fase, pode ser de fundamental importância, tanto quanto o apoio, após o parto⁵⁸⁻⁶⁰.

Muitos estudos têm demonstrado os benefícios das práticas educativas durante o pré-natal. A importância das orientações oferecidas às gestantes, no que diz respeito ao manejo da lactação, através de visitas domiciliares, foi enfatizada por diversos autores⁶¹⁻⁶³.

Nos Estados Unidos, estudo randomizado em primigestas pobres, constatou impacto positivo decorrente da visita ao pediatra, durante o pré-natal, sobre a decisão da mulher em amamentar. Contudo, não houve diferença, entre os grupos de intervenção e controle, quanto ao início e duração do aleitamento materno⁶³.

Os efeitos da educação pré-natal sobre a amamentação foram avaliados por Kistin et al.⁶⁴, em estudo prospectivo, controlado, realizado em mulheres pobres, de cor negra, nos Estados Unidos, distribuídas aleatoriamente em 3 grupos, dois grupos recebendo educação pré-natal (em grupo de classes e individual, respectivamente), e um grupo controle. Os três grupos apresentaram diferentes percentuais de amamentação: grupo controle (22%), grupo com orientação em classes (46%) e grupo com orientação individual (53%). Durante a permanência no hospital, a amamentação foi adotada por um número de mulheres 4,26 vezes maior no grupo que recebeu alguma intervenção, em comparação com o grupo controle.

Um estudo de intervenção quase experimental, realizado no Chile⁶⁵, avaliou o impacto de cinco intervenções na duração do aleitamento: treinamento dos profissionais, atividades no pré-natal, implementação das atividades na maternidade, criação de clínica de lactação para pacientes

externos, uso do método lactação amenorréia como forma de planejamento familiar. Houve aumento da prática da amamentação, de 32% para 67%. Um outro grupo foi objeto da 6ª intervenção, que consistiu em sessões educativas, durante o pré-natal, enfatizando o manejo da lactação. Houve um aumento significativo no número de mulheres que estavam amamentando exclusivamente, aos seis meses, quando comparado com o grupo que recebeu cinco intervenções (80% e 65%, respectivamente). O efeito foi maior entre as primíparas. Os autores concluíram que as atividades educativas para o aleitamento materno, durante o pré-natal, tiveram um efeito aditivo no apoio à amamentação, especialmente entre as mulheres sem experiência prévia.

Cabrera et al.⁶⁶ avaliaram a participação de gestantes em grupos de apoio à amamentação, durante o pré-natal, na cidade de Porto Rico, e a duração do aleitamento materno. As participantes foram selecionadas através de amostra randômica simples e os resultados mostraram uma relação positiva entre os grupos que receberam orientação durante a gravidez e maior tempo de lactação.

Há evidências de que orientações sobre aleitamento materno, durante a gravidez, exercem um efeito positivo na decisão da mulher em amamentar, melhora sua segurança, especialmente entre as primíparas, reduz as dificuldades no estabelecimento da lactação e favorecem uma maior duração do aleitamento. Uma outra estratégia, utilizada com resultados positivos, tem sido as visitas domiciliares, realizadas por mulheres da própria comunidade, durante o pré-natal.

O envolvimento de parentes próximos, como companheiros ou avós, para assistir as práticas educativas em aleitamento materno, durante o pré-natal, pode transformá-los em importantes elementos de apoio para auxiliar na decisão da mulher em amamentar e promover maior duração da lactação^{67,68}.

Avaliação do Passo 4

Ajudar as mães a iniciar a amamentação, na primeira meia hora após o parto.

Devido a rotinas inadequadas, mais comuns em maternidades privadas, ainda é grande o número de recém-nascidos saudáveis separados de suas mães, logo após o parto, e mantidos em berçários, por longo período, para que a mãe "descanse," ou simplesmente para obedecer normas estabelecidas, como manter a criança, por uma ou duas horas, no berço térmico, para aquecimento. Esta conduta traz prejuízos ao bebê e sua mãe, interferindo no desenvolvimento do apego e prejudicando o estabelecimento da lactação.

O contato precoce, pele a pele, da mãe com seu filho, favorece espontaneamente a primeira mamada, além de ser de fundamental importância no estabelecimento dos laços afetivos entre eles⁶⁰.

Bernard-Bonnin et al.⁶⁹, avaliando 4 ensaios clínicos controlados sobre a influência do contato precoce (contato pele a pele, por um período de, pelo menos, 15 minutos, na primeira hora após o parto) e o tempo de amamentação, utilizando meta-análise, concluíram que o contato precoce entre mãe e filho demonstrou um efeito positivo na duração da alimentação ao seio.

Estudo realizado na Nicarágua⁷⁰ procurou avaliar o efeito do contato precoce sobre a amamentação, em 375 primíparas e seus filhos. Foram estudados três grupos: no primeiro, as crianças tiveram contato precoce com suas mães, no segundo, os bebês foram para o alojamento conjunto, após o contato inicial, e o terceiro grupo era constituído por crianças separadas das mães. Houve maiores taxas iniciais de aleitamento entre as crianças com contato precoce de 45 minutos, combinado com alojamento conjunto. Contudo, aos quatro meses não foram constatadas

diferenças significativas entre os grupos, com relação à amamentação. Os autores sugerem que a equipe de saúde, além de favorecer o contato precoce entre a mãe e seu filho, imediatamente após o nascimento, deve associar outras estratégias, para aumentar a duração do aleitamento materno.

Sete estudos que avaliaram o contato precoce entre mãe e filho e sua influência sobre a amamentação foram analisados por Pérez-Escamilla et al.⁷¹, utilizando meta-análise. Os autores concluíram que houve um efeito positivo sobre a duração do aleitamento materno, dos 2 e 3 meses. Contudo, chamam a atenção para o cuidado na interpretação dos resultados, considerando que o tamanho dos estudos foi heterogêneo e alguns deles incluíram outras intervenções.

Outros efeitos benéficos podem ser verificados, como resultado do contato precoce. Christensson et al.⁷² constataram que recém-nascidos, em contato precoce, pele a pele, com suas mães, apresentaram temperatura axilar e cutânea mais elevadas, níveis mais altos de glicose sanguínea aos 90 minutos de vida, retorno mais rápido do excesso de bases para zero e choravam menos, quando comparados com outro grupo de bebês, mantidos próximos às mães, porém em berços.

Em estudo mais recente, Christensson et al.⁷³ estudaram três grupos de crianças, durante 90 minutos após o parto: dez foram separadas de suas mães e colocadas em berços, doze mantiveram contato, pele a pele, durante todo o período, e 11 foram colocadas em berços, por 45 minutos, permanecendo em contato, pele a pele, nos 45 minutos restantes. Os bebês que mantiveram o contato durante todo o tempo do estudo choraram menos do que aqueles que permaneceram nos berços. Os que foram mantidos nos berços, durante os primeiros 45 minutos, choravam menos quando começava o contato pele a pele com suas mães. O choro de angústia da separação do recém-nascido humano, na ausência de contato

com o corpo materno, foi analisado como sendo equivalente ao "separation distress call", observado em outros mamíferos.

Mães e filhos não devem ser separados após o parto, exceto por uma razão médica inquestionável. O contato pele a pele deve ser o mais precoce possível e mantido, no mínimo, durante 30 minutos. As parturientes devem receber apoio, na sala de parto, para a primeira mamada, pois estudos têm mostrado uma maior duração do aleitamento materno entre as genitoras que conseguem amamentar na primeira meia hora de vida⁴⁹.

O parto cirúrgico não impede o contato pele a pele, nem tampouco a amamentação, na sala de parto, se as condições de saúde da mãe e seu filho estiverem boas e a anestesia tenha sido loco-regional. Desde que a parturiente receba o apoio necessário, pode amamentar precocemente e manter o aleitamento no alojamento conjunto.

O contato precoce, incluindo o toque do mamilo, pode exercer efeitos importantes no comportamento materno e na relação entre a mãe e o bebê. Todas as mães devem ser encorajadas a realizá-lo, mesmo as que não desejem amamentar⁴¹.

Avaliação do Passo 5

Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

O ato de amamentar não é um comportamento totalmente instintivo na espécie humana, necessitando ser aprendido. Nem todas as mulheres conseguem amamentar com sucesso, se não tiverem orientação e apoio.

Em muitas situações, a criança necessita ser afastada de sua mãe, devido a doença ou trabalho materno. Com o avanço da neonatologia, cada vez mais prematuros de muito baixo peso sobrevivem e necessitam de cuidados especiais, permanecendo por período prolongado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Durante o internamento das crianças, as mães devem ser estimuladas a permanecer nas maternidades, recebendo apoio para o melhor estabelecimento e manutenção da lactação. É essencial que a equipe da maternidade seja treinada para lidar com a mãe do recém-nascido doente ou prematuro, favorecendo sua permanência junto ao bebê, esclarecendo suas dúvidas, procurando diminuir suas angústias e orientando sobre as técnicas de ordenha.

Outras situações que podem retardar o início da amamentação são o parto operatório ou algumas doenças maternas. Nestes casos, o contato precoce pode não ser possível, levando à utilização de alimentos suplementares. Entretanto, com bom manuseio das rotinas em aleitamento materno, estes efeitos negativos podem ser minimizados.

Muitos profissionais consideram difícil amamentar, após o parto cesariano. Em algumas situações, são aplicadas drogas anestésicas, que prejudicam o início da amamentação⁴⁴.

Estudo realizado no Brasil, por Victora et al.⁷⁴, mostrou que a incidência e duração do aleitamento materno foi semelhante em mulheres que tiveram parto transpelviano ou cesária eletiva. Aquelas que necessitaram de parto cirúrgico de emergência amamentaram por menos tempo.

Contudo, outro estudo brasileiro, realizado por Weiderpass et al.⁷⁵, em uma coorte de base populacional, avaliou a prática da amamentação em crianças nascidas de parto vaginal e operação cesariana. A duração do aleitamento foi similar, entre os recém-nascidos de parto

vaginal e cesárea realizada de emergência. Os nascidos por cesárea eletiva apresentaram um risco três vezes maior de interromper a lactação.

Elander & Lindberg⁷⁶ avaliaram o efeito da separação entre mães e recém-nascidos, durante o período de 1 a 6 dias (média de 3 dias), sobre a duração do aleitamento materno exclusivo. Aos 3 meses, a frequência da amamentação exclusiva foi de 37%, no grupo de crianças separadas, e 72%, no grupo de bebês que permaneceram com suas mães.

Os manuais de nutrição, aleitamento materno e neonatologia têm recomendado que a alimentação do prematuro de muito baixo peso deve ser precoce e com leite da própria mãe, ordenhado, devido aos benefícios para a nutrição, desenvolvimento cerebral, do intestino e órgãos à distância, proteção imunológica e melhor estabelecimento dos laços afetivos⁷⁷⁻⁸¹.

Para o melhor estabelecimento e manutenção da lactação é necessário que a mãe do prematuro ou da criança doente esteja sempre em contato com seu filho, aprenda a técnica adequada de ordenha e seja orientada sobre a frequência da extração do leite.

De Carvalho et al.⁸² observaram que a ordenha mais freqüente (4 ou mais vezes ao dia) estava associada com a maior produção de leite, em mães de prematuros incapacitadas temporariamente de amamentar. Contudo, geralmente é necessário maior número de vezes ao dia (8 a 12 vezes), especialmente, na primeira semana pós-parto, iniciando-se o mais precocemente possível, de preferência no primeiro dia, depois do nascimento⁸³.

Um estudo retrospectivo comparou a prática do aleitamento entre crianças separadas de suas mães e internadas em uma UTI neonatal da Suécia e outros bebês não admitidos na UTI. A alimentação ao seio exclusiva ou parcialmente foi semelhante, nos dois grupos. As genitoras que

estavam separadas eram orientadas a ordenhar seu leite, pelo menos 6 vezes ao dia, sugerindo que o apoio ao aleitamento ajuda a prevenir os efeitos da separação entre mãe e filho⁸⁴.

Os serviços que atendem recém-nascidos prematuros devem encorajar a alimentação com leite da própria mãe, favorecendo o contato pele a pele, através do método Canguru, que favorece o aumento na produção de leite, promove a alimentação diretamente ao seio mais precocemente e facilita a resposta do ciclo enteromamário⁸⁵. São também observados outros benefícios, para o prematuro, decorrentes deste método: melhor manutenção da temperatura corpórea, maior vínculo mãe e bebê, menor risco de apnéia e infecções, melhor crescimento e desenvolvimento, favorece a maior duração do aleitamento materno e a alta precoce. A equipe de enfermagem exerce um papel relevante na promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno entre as crianças prematuras⁸⁶.

Uma iniciativa muito importante para o sucesso da amamentação, entre as mães que necessitam permanecer separadas de seus filhos, é a desenvolvida pelos Bancos de Leite Humano. Além de ensinar as técnicas mais apropriadas para a ordenha e armazenamento do leite materno, oferecem o apoio necessário para as mães e fornecem leite humano pasteurizado, quando necessário.

Avaliação do Passo 6

Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.

Nas rotinas hospitalares de muitas maternidades ainda é comum administrar água, soro glicosado ou fórmulas lácteas a recém nascidos saudáveis, que vão ao berçário para "aquecimento ou observação". No Brasil, tais condutas são favorecidas especialmente nos serviços

privados que, além dos motivos já referidos, alegam, como justificativa, que a mãe necessita descansar após o parto, não podendo ficar com seu filho. O bebê é colocado em "berçário de recém-nascidos normais", ficando por muitas horas afastado de sua mãe. São condutas prejudiciais para o desenvolvimento do apego, estabelecimento da lactação e saúde da criança, além de aumentar os custos hospitalares.

Muitas comunidades menos esclarecidas consideram o colostro danoso para a saúde do bebê e têm o hábito cultural de oferecer alimentos pré-lácteos, como chás, papas ou outro tipo de leite, para "limpar o intestino", enquanto o colostro transforma-se em leite de transição^{38,44,87,88}. São hábitos inadequados, que podem acarretar sérios prejuízos para a criança, como: aumentar o risco de infecção, alergias, levar a confusão dos bicos (quando oferecidos através de mamadeiras), reduzir o contato pele a pele entre a mãe e seu filho. Estas práticas podem retardar o início da lactação, contribuir para o ingurgitamento mamário, diminuir a produção de leite, gerar insegurança para a mulher, com relação à sua capacidade de amamentar, e favorecer a introdução precoce de outro leite na alimentação da criança.

Algumas instituições oferecem presentes, com propagandas de fórmulas lácteas, mamadeiras, fórmulas concentradas e chupetas⁴¹. No Brasil, após a implantação do Código de Comercialização dos Alimentos Infantis, este procedimento não é permitido.

Efeitos da administração de alimentos pré-lácteos e suplementos sobre o aleitamento materno

Pérez-Escamilla et al.⁸⁹, em estudo retrospectivo realizado em Honduras, verificaram que o uso de alimentos pré-lácteos, como água e leite, exerce um efeito negativo sobre a amamentação.

Estudo de intervenção realizado no Paquistão, com o objetivo de promover o aleitamento materno exclusivo e oferecer colostro ao recém-nascido, através de práticas educativas, avaliou dois grupos de mães e seus bebês. No grupo controle, 66% das mães ofereciam alimentos pré-lácteos aos bebês, comparado com 31%, no grupo de intervenção. O colostro foi ofertado por 97% das mães do grupo de intervenção, contra 4%, no controle. Ao ser analisada a duração do aleitamento, a maioria (94%) do grupo que recebeu a intervenção continuava amamentando exclusivamente ao seio, aos quatro meses, comparado com 7%, no grupo controle⁸⁷.

Martines et al.⁹⁰, em estudo prospectivo sobre o uso de suplementos adicionados ao leite materno, em crianças brasileiras, durante a primeira semana de vida, verificaram que o risco relativo de suspender a amamentação, um mês após o nascimento, foi 3,7 vezes maior, quando as crianças recebiam fórmula láctea, comparadas com as crianças do grupo controle.

Pesquisa realizada em três hospitais americanos (público, da comunidade e universitário) revelou que 37% das mulheres ofereciam fórmulas lácteas às crianças, na maternidade. As mães que iniciaram a primeira mamada mais tardiamente foram aquelas que utilizaram mais leites artificiais. Os autores concluíram que as rotinas hospitalares inadequadas podem levar à promoção do uso de fórmulas, reduzir o período de lactação, particularmente se retardar o início da alimentação ao seio⁹¹.

Estudando as rotinas empregadas na alimentação de 521 recém-nascidos de uma maternidade sueca, Blomquist et al.⁹² observaram, por ocasião da alta hospitalar, que 69% das crianças foram exclusivamente amamentadas, enquanto 31% receberam uma ou mais mamadeiras de leite humano ordenhado ou com fórmula láctea. Aos três meses de vida, 65% permaneciam em aleitamento materno exclusivo e 15% em aleitamento parcial. Após análise de regressão logística múltipla, o risco relativo da criança não ser amamentada aos três meses foi de 3,9 (IC 2,1-7,2), quando

os suplementos eram oferecidos na maternidade. Entre as "indicações médicas" para a utilização de suplementos, a que mais contribuiu para o risco do desmame, aos três meses, foi a de "suplementar a amamentação devido a perda de peso inicial superior a 10%".

Wright et al.⁴² avaliaram as modificações ocorridas em um hospital universitário americano, entre dois períodos: (1990-1993), antes e após a intervenção para o cumprimento dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, e verificaram que as mulheres que não receberam fórmulas lácteas na maternidade amamentaram durante um período mais prolongado.

Na Itália, Riva et al.⁹³ verificaram que o uso de fórmulas lácteas na maternidade (oferecida a 30% dos recém-nascidos) foi associado com duração mais curta do aleitamento materno, em mulheres que saíram amamentando da maternidade e foram acompanhadas durante um ano.

A administração de água, chás ou suplementos ao leite materno tem efeitos deletérios para a amamentação, diminuindo a frequência das mamadas, causando ingurgitamento mamário, podendo reduzir a produção de leite e prejudicar o estabelecimento da lactação. Outra consequência importante é a perda de confiança da nutriz em sua capacidade de amamentar o filho. Torna-se necessário melhor capacitação da equipe de saúde no manejo do aleitamento, para modificar as práticas que possam dificultar uma amamentação bem sucedida.

Efeitos da administração de amostras de fórmulas lácteas

No Brasil, as indústrias de leite não podem distribuir amostras às mães, na maternidade, porque estarão infringindo a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes⁹⁴. Porém, em muitos países, ainda é permitida a distribuição de brindes às puérperas, no

momento da alta, contendo amostras de fórmulas, mamadeiras e chupetas⁹⁵.

Pérez-Escamilla et al.⁷¹ avaliaram seis trabalhos experimentais, utilizando meta-análise, e compararam grupos de mães que receberam brindes contendo amostras de leites, com outros grupos que não receberam. Concluíram que o recebimento dos brindes contendo amostras de leite interferiu negativamente sobre a amamentação, especialmente nos grupos de maior risco, como: primíparas e mulheres de baixa renda de países subdesenvolvidos. Estudo realizado no Arizona, por Wright et al.⁴², também comprovou o efeito negativo da distribuição de brindes contendo fórmulas sobre a duração do aleitamento materno.

Para avaliar os efeitos da distribuição de brindes foi realizado um ensaio clínico randomizado, com duas intervenções (oferta, às puérperas, de um brinde contendo um manual de bomba ordenhadeira, e outro contendo uma fórmula comercial para crianças e o manual da bomba ordenhadeira). O grupo controle recebeu, no brinde, a fórmula comercial isoladamente. As taxas de aleitamento exclusivo ou parcial foram semelhantes, com 16 semanas de acompanhamento. Contudo, não foi mencionado o tipo de aleitamento, antes da distribuição dos brindes e, durante o acompanhamento, as mulheres que foram perdidas tendiam a ter menos escolaridade, eram solteiras, de nível socioeconômico mais baixo e integrantes de grupos minoritários. Os resultados não puderam ser válidos para estes grupos⁹⁵.

Apesar de ser proibida, no Brasil, a distribuição, às mães, de fórmulas ou brindes contendo mamadeiras ou chupetas, no momento da alta hospitalar, ainda são observadas infrações à Norma de Comercialização dos Alimentos para Lactentes, possivelmente devido ao pouco conhecimento de seu conteúdo, por parte dos profissionais que trabalham com o grupo materno-infantil.

As indústrias muitas vezes utilizam artifícios para levar as amostras de fórmulas lácteas aos médicos e nutricionistas, fazendo-os assinar "formulários de rotina", após entregar as amostras, contendo informações padronizadas sobre solicitação do profissional para fazer uma pesquisa. A restrição ao uso de fórmulas, na maternidade, leva também à redução dos custos na atenção materno-infantil. Não há nenhuma justificativa para a doação de brindes às gestantes ou puérperas, contendo amostras de fórmulas lácteas. É preciso maior conscientização dos profissionais com relação às Normas de Comercialização para Lactentes e o conhecimento da interferência do uso de suplementos sobre a amamentação.

Avaliação do Passo 7

Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

O primeiro alojamento conjunto foi inaugurado em 1946, no Grace New Haven Hospital, por Edith Jackson. Este projeto demonstrou que as mães preferiam ficar perto de seus filhos, que os bebês choravam menos e a presença de outras genitoras, no mesmo ambiente, era uma importante fonte de apoio no manuseio do recém-nascido¹⁰.

Na América Latina, a primeira iniciativa para um programa normatizado sobre alojamento conjunto aconteceu no Uruguai⁹⁶.

Até o início dos anos 70, não se pensava em manter mães e filhos juntos, no mesmo ambiente, nas maternidades brasileiras. A primeira experiência neste sentido ocorreu em 1971, no Hospital Distrital de Brasília, coordenada por Ernesto Silva. Somente em 1983, o Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS) estabeleceu a obrigatoriedade do alojamento conjunto, e finalmente, em 1993, foi publicada a portaria

ministerial estabelecendo as normas básicas para a implantação do alojamento conjunto, em todo o território nacional^{10,16}.

Contudo, mesmo com o caráter obrigatório, o sistema de alojamento conjunto, no Brasil, não tem funcionado de acordo com as normas previamente estabelecidas. Ainda existem muitas maternidades, no país, especialmente as da iniciativa privada ou que têm convênios de saúde, que não cumprem as determinações, mantendo berçários para recém-nascidos normais, alojamento conjunto diurno, trazendo as crianças para o berçário, à noite, para a mãe descansar. Esta conduta induz a introdução de alimentos pré-lácteos e fórmulas, além de facilitar a ocorrência de infecções neonatais, prejudicar o início da lactação e o desenvolvimento do vínculo mãe e filho.

Efeito do alojamento conjunto sobre o aleitamento materno

McBryde & Durham⁹⁷ mostraram as vantagens do alojamento conjunto sobre a amamentação. A proporção de crianças alimentadas ao seio, na alta, foi de 35%, quando permaneciam no berçário, sendo de 85%, nas crianças que ficavam no alojamento conjunto.

No Brasil, Procianoy et al.⁹⁸ realizaram um estudo comparativo dos efeitos do alojamento conjunto sobre a intenção referida pelas mães, na alta, em alimentar seu filho com leite materno. As mães foram randomicamente selecionadas e distribuídas no grupo do alojamento conjunto ou do berçário. Houve diferenças significativas na escolha do método de alimentar os filhos: 73% das mães no alojamento planejavam continuar amamentando seus filhos, em contraposição a apenas 45% das mães cujos bebês permaneceram no berçário.

Em trabalho realizado com primíparas mexicanas, Pérez-Escamilla et al.⁹⁹ concluíram que o alojamento conjunto, acompanhado de

orientações sobre o manuseio da lactação, teve um impacto positivo no aleitamento. Os mesmos autores demonstraram, em outra análise, que as mulheres no alojamento conjunto iniciavam a lactação mais precocemente que as mães cujos filhos ficaram separados, no berçário⁴⁰.

Outros estudos têm mostrado que o alojamento conjunto exerce um impacto positivo sobre a duração do aleitamento materno^{49,57,60}.

As evidências científicas, associadas às experiências práticas da equipe que trabalha com o grupo materno-infantil, têm mostrado que a prática do alojamento conjunto, imediatamente após o parto, é muito benéfica para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe e filho, importante para o aprendizado materno no cuidado com o recém-nascido, dando oportunidade à puérpera para receber informações e ser orientada no manejo da lactação. Estes benefícios se prolongam, favorecendo a maior duração do aleitamento materno, com todas as repercussões positivas para a saúde materno-infantil.

É necessário que os profissionais de saúde saibam valorizar o alojamento conjunto e contribuir para a sua ampliação em todas as maternidades, uma vez que esta prática beneficiará a maioria das mulheres e crianças brasileiras.

Avaliação do Passo 8

Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.

A observação de intervalos regulares e duração fixa para as mamadas foi prática adotada, pelos pediatras, até fins da década de 70 e início dos anos 80. Na época, o procedimento era considerado científico, sob a alegação de ser necessário respeitar a capacidade gástrica estimada para a criança, que deveria ser alimentada ao seio a cada três ou quatro horas,

durante 10 minutos, em cada mama. Estas idéias ainda hoje prevalecem em alguns lugares. Atualmente, é aceito que esta conduta acarreta problemas na produção do leite, levando a mãe a introduzir suplementos, por achar que seu leite é insuficiente.

Para que a amamentação ocorra sem horários, irrestrita, é necessário que o sistema de alojamento conjunto esteja bem estabelecido, 24 horas por dia. O cumprimento deste passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança depende do passo 7.

Efeitos da livre demanda no aleitamento materno

Em estudo experimental, Illingworth & Stone¹⁰⁰ procuraram determinar o efeito da livre demanda na amamentação, em mães inglesas. Todas as crianças foram para o alojamento conjunto com suas mães e, nos dois primeiros dias, foram amamentadas a cada seis horas. No terceiro dia, um grupo foi alimentado a cada quatro horas e outro a livre demanda. Mais crianças no regime de livre demanda tinham recuperado o peso no nono dia (49% contra 36%, no outro grupo), com um mês de vida, maior número de bebês estavam sendo amamentados exclusivamente ao seio (80% e 36%, respectivamente), e menor número de mães deste grupo teve problemas durante a lactação: dores nos mamilos (13%, contra 27%) e ingurgitamento mamário (17% e 34 %, respectivamente).

Martines et al.⁹⁰, acompanhando uma coorte prospectiva, de crianças pobres brasileiras, verificaram que a maior frequência de mamadas (mais de seis vezes por dia, no primeiro mês) estava associada à maior duração do aleitamento materno.

Outros efeitos da livre demanda

De Carvalho et al.¹⁰¹, em estudo realizado nos Estados Unidos, investigaram os efeitos da livre demanda na ingestão de leite e no crescimento, durante o primeiro mês de vida. No 15º dia de vida, as crianças do grupo experimental consumiam mais leite (725, contra 502 ml/24 horas) e ganharam significativamente mais peso desde o nascimento (561 e 347g, respectivamente). Contudo, não houve diferenças significativas na ingestão de leite e no ganho de peso, no 35º dia de vida.

Em estudo prospectivo de 140 crianças, Yamauchi & Yamanouchi¹⁰² observaram que uma maior frequência de mamadas, no primeiro dia após o parto, foi correlacionada com: aumento da ingesta de leite no 3º e 5º dias de vida, níveis mais baixos de bilirrubina, no sexto dia, e diminuição da perda de peso, no 7º dia de vida. Entretanto, Maisels et al.¹⁰³ não encontraram correlação entre a frequência do aleitamento e os níveis de bilirrubina, no terceiro dia após o nascimento, em 131 crianças que mamavam 9 vezes ao dia e 143 alimentadas 6,5 vezes.

No início da lactação, altos níveis de prolactina levam à produção de leite. Contudo, a manutenção subsequente depende basicamente da remoção do leite produzido. Quanto mais freqüente ou completamente o leite é removido, mais sua produção é estimulada.

Após a introdução da livre demanda no manuseio da amamentação, vários benefícios têm sido verificados, como: menor ingurgitamento mamário, diminuição da ovulação, com melhor efeito contraceptivo, menor perda de peso da criança, nos primeiros dias de vida, e maior duração do aleitamento materno.

Avaliação do Passo 9

Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.

Chupetas têm sido largamente utilizadas, em muitos países. É um hábito cultural, muitas vezes considerado importante e benéfico ao desenvolvimento infantil. Contudo, o uso de chupetas e outros bicos tem sido associado a maiores riscos de infecção, pode prejudicar o início da lactação, levar à confusão dos bicos, diminuir a produção e ingestão do leite, reduzir a duração do aleitamento, prejudicar a função motora oral, exercendo um papel muito importante na etiologia da síndrome do respirador bucal^{49,60,104-107}.

Efeitos de bicos artificiais e chupetas sobre o aleitamento materno

Muitas mães utilizam chupetas para acalmar o bebê. As crianças que usam chupetas podem ter mamadas menos frequentes^{105,108}. Ao ocorrer menor estimulação da mama e remoção do leite, a produção diminui, o que pode levar ao desmame.

Victora et al.¹⁰⁴ estudaram a influência do uso de mamadeiras e chupetas sobre a amamentação de 249 crianças brasileiras. O risco uma criança ser desmamada entre 1 e 24 meses foi maior entre as que usavam chupetas. Os autores sugerem duas explicações: este hábito estava associado com o desmame, porque o uso freqüente de chupetas, assim como de mamadeiras, poderia levar a menor estímulo dos mamilos, com redução da prolactina e menor produção de leite. Outra explicação seria que o uso de chupetas não causaria desmame, mas constituiria um marcador para as dificuldades da amamentação. Resultados semelhantes foram

encontrados em estudo de intervenção, randomizado, realizado no Canadá¹⁰⁶.

Outro estudo brasileiro, realizado por Barros et al.¹⁰⁹, acompanhou 605 crianças, do nascimento até os seis meses. Com quatro meses de vida, maior número de crianças que não usavam chupetas estava sendo amamentado exclusivamente ao seio (45%). Entre as que usavam chupetas durante o dia e à noite, apenas 17% estavam em aleitamento materno exclusivo. Quando o hábito era apenas em horário parcial, a amamentação exclusiva foi observada em 26% das crianças.

Wright et al.⁴² verificaram que as mães amamentavam significativamente menos seus filhos com um mês de vida, quando recebiam chupetas, na alta da maternidade.

No Reino Unido, Clements et al.¹¹⁰ estudaram os fatores associados com aleitamento materno exclusivo, em 700 crianças. O uso da chupeta foi relacionado à menor duração do aleitamento materno.

Victora et al.¹⁰⁵ verificaram que o uso de chupetas com um mês estava fortemente associado com a duração do aleitamento materno: os que não usavam, tinham uma chance quatro vezes maior de continuar sendo amamentados aos seis meses de vida, quando comparados com aqueles que usavam chupetas em todos os horários.

Na Itália, estudo para avaliar os fatores associados com o início e a duração da amamentação, verificou que o uso de chupetas e a suplementação com fórmulas, na maternidade (fornecida a 30% das crianças) foram associados a uma menor duração do aleitamento materno⁹³.

Outros efeitos decorrentes do uso de bicos e chupetas

Até alguns anos, muitos serviços de neonatologia adotavam a conduta de alimentar prematuros com mamadeiras, antes de colocá-los ao seio, com a justificativa de que a criança ficava "muito cansada", perdia muitas calorias e peso. Acreditava-se que, somente depois de algum tempo usando mamadeiras, o bebê poderia tentar a sucção no seio materno. Como consequência desta conduta, era elevado o percentual de desmame, entre os prematuros, com sérias repercussões na saúde destas crianças.

Contudo, Meir¹¹¹ verificou que os prematuros mostravam mais sinais de stress, tais como, diminuição do pO₂ transcutâneo, quando alimentados com mamadeiras, do que quando alimentados ao seio, sugerindo que a prática de "ensinar o prematuro a usar a mamadeira antes de começar a ser amamentado" é totalmente inadequada.

Além dos efeitos prejudiciais sobre o aleitamento materno, os bicos e chupetas acarretam outros efeitos sobre o desenvolvimento infantil. Os bicos artificiais podem alterar o padrão respiratório e a sucção, durante a administração de fórmula ou leite materno ordenhado em mamadeiras. Pode haver prolongamento da expiração, diminuição da frequência respiratória e da saturação do oxigênio, freqüentemente acompanhada por apnéia, com o uso da mamadeira, quando comparado com a alimentação ao seio¹¹².

Milnes¹¹³ refere que as cáries rompantes na dentição primária (conhecidas como cáries da mamadeira) são mais freqüentemente observadas entre as crianças que usam chupetas ou mamadeiras.

Os problemas de má oclusão são mais observados entre crianças alimentadas por mamadeiras, e seu efeito é diretamente proporcional ao tempo de exposição. Um estudo de coorte retrospectivo, realizado por Labbok & Hendershot¹¹⁴, em mais de 9.000 indivíduos, concluiu que crianças com idade compreendida entre 3 e 17 anos e que

havia se alimentado com mamadeira tinham um risco 1,84 vezes maior de apresentar má oclusão que crianças amamentadas.

A otite média recorrente é três a quatro vezes mais freqüente com o uso da mamadeira¹¹⁵ e da chupeta¹¹⁶. O fato é evidenciado pelo achado de timpanogramas anormais em crianças que usam mamadeiras, sugerindo uma alteração na pressão interna do ouvido médio, devido a disfunção do tubo de Eustáquio e refluxo de fluídos para o ouvido médio¹¹⁷.

Na prática clínica, é freqüente o aparecimento de monilíase oral em crianças, especialmente prematuros, que utilizam chucas e chupetas, provavelmente decorrente do desgaste do material e da má esterilização. Manning et al.¹¹⁸ constataram maior incidência de infecção oral, causada por *Candida albicans*, em crianças usando mamadeiras.

Outro fato importante e que deve ser objeto de preocupação, decorrente do uso de chupetas e bicos artificiais, é a utilização de materiais potencialmente carcinogênicos em sua fabricação¹¹⁹, além da sufocação causada pelo desprendimento da borracha da chupeta.

No Brasil, embora exista a Norma Brasileira que regulamenta a fabricação de chupetas, raramente o teste para medir o teor de nitrosamina (componente do látex) é requisitado, nem sempre os fabricantes cumprem as determinações quanto à resistência à fervura, às dimensões recomendadas, e à tração vertical, possibilitando a separação de suas partes, podendo causar a ingestão ou aspiração do produto. Em testes desenvolvidos em 9 amostras de chupetas comercializadas no país, nenhuma atendeu integralmente as especificações da norma¹²⁰.

Muitas evidências têm mostrado o efeito danoso do uso de bicos artificiais e chupetas sobre o aleitamento materno, como facilitadores do aparecimento de infecções, como diarreia, otite e candidíase oral. O hábito cultural do uso de chupetas e mamadeiras é muito forte, inclusive

fazendo parte do enxoval do bebê que a mãe leva para a maternidade. Frequentemente, os profissionais de saúde aceitam seu uso passivamente ou desconhecem os problemas advindos de tal hábito. Muitas mães trazem "lembrancinhas" a serem entregues aos visitantes, representadas por pequenas mamadeiras, como se fizessem parte do hábito natural de alimentação da criança.

O uso de chupetas e bicos artificiais deve ser desencorajado durante as palestras às gestantes, no pré-natal, especialmente no estabelecimento da lactação, devido à confusão dos bicos, diminuição da sucção ao seio e da produção de leite. Outro fato importante a ser enfatizado é o risco de contaminação dos bicos e chupetas.

Os profissionais que lidam com o grupo materno-infantil devem estar conscientizados e habilitados para tentar mudar o hábito cultural da utilização de mamadeiras e chupetas, informando à mãe os benefícios e o manejo do aleitamento materno, tornando-a mais confiante na sua capacidade em amamentar.

Avaliação do Passo 10

Encorajar a formação de grupos de apoio ao aleitamento materno e referir as mães aos mesmos, no momento da alta do hospital ou do ambulatório.

A intenção da mulher em amamentar seu filho está definida antes do nascimento do bebê. Muitos fatores socioculturais estão envolvidos em sua decisão, porém, o apoio fornecido pelos serviços de saúde pode exercer uma influência muito grande, durante o parto, e no estabelecimento da lactação. Uma vez iniciado o aleitamento, muitas dúvidas e dificuldades podem surgir e, se a nutriz não tiver o devido conhecimento no manejo da

lactação, pode achar que seu leite é insuficiente e iniciar a suplementação, perdendo a confiança em sua capacidade de amamentar.

O período de permanência das puérperas, nas maternidades brasileiras, é muito curto, e as altas ocorrem em torno de 24 a 48 horas, após o parto. Torna-se necessário a manutenção do apoio ao aleitamento materno logo após a alta da maternidade. Nas sociedades mais tradicionais, este apoio é fornecido pela avó ou outra mulher da comunidade, que ajuda nas tarefas domésticas e nos cuidados com a criança. Contudo, com a urbanização, nas sociedades modernas, as pessoas estão mais ocupadas e menos preocupadas em ajudar seus semelhantes. O fato faz crescer a importância do apoio dos profissionais de saúde, do pai ou da avó materna. Porém, nem sempre as dificuldades com o aleitamento são levadas aos serviços de saúde, e há necessidade do apoio comunitário.

A atitude do pai com relação ao aleitamento materno pode influenciar na decisão da mulher em amamentar. Se ela percebe uma atitude negativa, provavelmente escolherá outro método para alimentar seu filho⁶⁷.

Pérez-Escamilla et al.⁴⁰ verificaram que o apoio à amamentação, oferecido pelo companheiro ou parentes próximos, através da ajuda nos trabalhos domésticos, foi positivamente associado com maior duração do aleitamento materno. Os autores sugerem que mensagens encorajando os parentes próximos e amigos a apoiar a mulher a amamentar devem ser incluídas nos programas de promoção ao aleitamento materno.

Em estudo de coorte realizado no Brasil⁹⁰, foi observado um risco quatro vezes maior de suspender o aleitamento, no primeiro mês após o parto, entre as mulheres que não receberam ajuda nas tarefas domésticas, durante a primeira semana de vida de seus filhos. Provavelmente, a redução do estresse e da fadiga, proporcionados pela ajuda nos afazeres, pode ter um impacto positivo na manutenção da alimentação ao seio.

O apoio emocional e prático oferecido pelo pai da criança teve um importante papel entre as mulheres com intenção de amamentar, no estudo realizado por Matich & Sims⁵⁸. Contudo, nem sempre os pais estão preparados para apoiar suas companheiras. Durante o pré-natal, os pais têm uma boa oportunidade para aumentar seus conhecimentos em amamentação⁶⁸.

Após o parto, a mulher pode estabelecer uma ligação afetiva mais forte com sua mãe, devido a estar vivenciando uma experiência similar, com relação à maternidade.

É muito importante o apoio emocional e o estímulo à prática do aleitamento materno oferecidos pelas avós; contudo, muitas vezes sua experiência foi negativa com a lactação, necessitando ser orientadas por alguém capacitado no manejo da amamentação.

INTERVENÇÕES NO PERÍODO PÓS-NATAL

Os profissionais de saúde podem contribuir para o sucesso do aleitamento materno, através do apoio ao manejo da amamentação, encorajamento às mães para que exerçam práticas favoráveis ao aleitamento, e ajuda nas suas dificuldades para manutenção da lactação. Uma maior sensibilidade, por parte dos profissionais, no que concerne ao apoio à nutriz, poderá favorecer o aumento de sua confiança na capacidade de amamentar^{49,60}.

Grossman et al.¹²¹, em estudo randomizado e controlado, investigaram a efetividade de um programa de apoio intensivo ao aleitamento materno, em mulheres de baixa renda, nos Estados Unidos. Os grupos foram acompanhados através de contato telefônico e, ao serem

avaliados, seis semanas após o parto, não foi constatada diferença significativa na duração do aleitamento materno.

O efeito da enfermeira especialista em amamentação sobre o sucesso do aleitamento foi avaliado em estudo randomizado e controlado. O papel da enfermeira era assistir às mães, no hospital e em casa. A duração do aleitamento materno foi maior entre o grupo de intervenção, especialmente nas primeiras quatro semanas, entre mulheres de baixa renda¹²².

O impacto dos centros de lactação sobre o aleitamento, morbidade e crescimento infantis foi avaliado, no Brasil, em estudo de coorte, por Barros et al.¹²³. Os autores verificaram que o aleitamento materno exclusivo foi maior nas crianças atendidas nos centros de lactação, aos quatro meses (43%, contra 18%) e também aos seis meses (15% e 6%, respectivamente). As crianças atendidas nos centros também apresentaram menos episódios de diarreia (10%, contra 17%) e melhor ganho de peso.

Outra estratégia para aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo é a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)¹²⁴. O UNICEF e o Ministério da Saúde, através de seus consultores, elaboraram 10 passos, a serem cumpridos pelas unidades básicas de saúde:

- Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
- Treinar toda a equipe materno-infantil, capacitando-a para implementar esta norma.
- Informar todas as gestantes e mães sobre as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva, até seis meses, e complementada, até dois anos de vida ou mais.
- Escutar as preocupações e dúvidas das gestantes e mães, quanto à amamentação, fortalecendo sua autoconfiança.

- Informar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
- Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- Informar as nutrizes sobre o método da amenorréia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
- Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- Não permitir a propaganda de fórmulas infantis, mamadeiras, bicos e chupetas e orientar as gestantes e mães sobre o risco de seu uso.
- Implementar grupos de apoio à amamentação, acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.

Foi elaborado um estudo piloto em cinco unidades básicas de diferentes regiões do Estado do Rio de Janeiro, para testar a metodologia de avaliação das unidades. Com o objetivo de se tornarem “Unidades Amigas da Amamentação”, várias unidades avaliadas estão investindo na qualificação das equipes e na reorganização de suas rotinas, com relação ao aleitamento materno. No ano de 2001, o Ministério da Saúde iniciou o processo de elaboração de uma estratégia para ampliar a implantação desta iniciativa, em todo o território nacional¹²⁴.

Os grupos de mães têm se mostrado valiosos auxiliares à equipe de profissionais de saúde, ajudando as mulheres na sua decisão de amamentar, com base na sua própria experiência pessoal, fornecendo apoio durante a lactação, distribuindo material educativo, tornando-se conselheiras, líderes e defensoras da amamentação. Podem fazer visitas domiciliares de acompanhamento e apoio, no bairro, ou na área de abrangência do sistema de saúde ¹²⁵.

Poucos estudos sobre os efeitos da atuação dos grupos de mães têm sido publicados; os que o foram, nem sempre desenvolvem uma metodologia adequada.

Entre as estratégias de promoção da alimentação ao seio, as visitas domiciliares têm mostrado um efeito positivo na manutenção do aleitamento materno.

Alvarado et al.⁶¹, em estudo experimental, avaliaram um programa de promoção ao aleitamento materno, em mulheres chilenas de baixa renda, através de visitas domiciliares, realizadas por agentes de saúde, e seu impacto na duração do aleitamento materno. A prevalência do aleitamento materno exclusivo, aos seis meses, foi de 41,9%, no grupo de intervenção, e nenhuma criança foi amamentada exclusivamente, no grupo controle. O desmame foi de 1,6% e 37,8%, respectivamente.

No Ceará, estudo de intervenção, randomizado e controlado, avaliou o impacto das visitas domiciliares, realizadas por mães orientadoras, sobre a lactação. Foram realizadas visitas no 5º, 15º e 30º dias após o parto, e comparadas com um grupo controle. Com um mês de vida, 65% das crianças eram predominantemente amamentadas, comparadas com 51% no grupo controle. Os autores concluíram que as três visitas aumentaram o aleitamento materno predominante no primeiro mês de vida¹²⁶.

No México, Morrow et al.⁶², em estudo randomizado, de base comunitária, avaliaram dois grupos de intervenção, com seis e três visitas realizadas por promotoras em aleitamento na comunidade e comparadas com um grupo controle. As visitas domiciliares foram realizadas durante a gravidez e no pós-parto precoce. Aos três meses, o aleitamento materno exclusivo foi de 67%, no grupo que recebeu seis visitas, 50% no de três visitas e 12% entre os controles. Os autores sugerem que serão necessários novos estudos para estabelecer a diferença entre os efeitos das visitas, durante o pré-natal e após o parto, além do número e momento ideais para sua realização.

Estudos avaliando visitas domiciliares realizadas por profissionais de saúde têm evidenciado um impacto positivo na duração do aleitamento materno¹²⁷⁻¹³¹.

No Brasil, Barros et al.¹³² realizaram estudo de intervenção, randomizado, para promoção do aleitamento, através de visitas domiciliares a um grupo de mães e lactentes, realizadas por assistentes sociais e nutricionistas, aos 5, 10 e 20 dias após o nascimento, comparando com os resultados de um grupo controle. A intervenção aumentou a duração do aleitamento (mediana de 120 dias, no grupo de intervenção, contra 105 dias, no grupo controle) e retardou a utilização do leite artificial.

Haider et al.¹³³ avaliaram a prática do aleitamento materno exclusivo em um grupo de mães que recebeu apoio de mulheres da mesma comunidade, em comparação com um grupo controle. Aos cinco meses de vida, 70% das crianças do grupo de intervenção eram amamentadas exclusivamente ao seio, comparadas com apenas 6%, no grupo controle.

O apoio às mães, após a alta da maternidade, exerce um papel muito importante na manutenção da lactação. No Brasil, a alta obstétrica é precoce e, no momento em que se estabelece a lactação, a mulher está em casa, assumindo freqüentemente as tarefas domésticas. O apoio no manejo adequado da amamentação, prevenindo as dificuldades que poderão surgir, é de fundamental importância. Após o nascimento, o apoio emocional e a ajuda nos afazeres domésticos, por parte do companheiro, parentes e amigos, também favorecem a amamentação bem sucedida.

Não está claro qual o tipo de intervenção é mais efetivo. O apoio fornecido pelos serviços de saúde, no pré-natal e após o parto, através da consultora em amamentação, combinado com as visitas domiciliares, utilizando agentes comunitários de saúde e grupos de mães treinadas no manejo da lactação poderão ser extremamente efetivos.

INTERVENÇÕES COMBINADAS

Os passos para o sucesso da amamentação foram analisados isoladamente, porém diversos estudos têm mostrado que a combinação de várias intervenções produz um melhor efeito sobre o aleitamento materno^{42,49,57}.

A promoção da amamentação exclusiva, nos primeiros seis meses de vida, em combinação com atividades educativas no pré-natal, apoio durante o parto e após a alta hospitalar, através de visitas domiciliares e clínica de lactação, são fundamentais para o sucesso do aleitamento materno¹²⁷.

No México, Pérez-Escamilla et al.⁹⁹ verificaram maior duração da amamentação em primíparas que estavam em alojamento conjunto e receberam um manual sobre aleitamento materno (amamentaram durante quatro meses), quando comparadas com outras mulheres que não receberam o manual (amamentaram durante apenas um mês).

Pichaipat et al.¹³⁴, avaliando um modelo de várias intervenções combinadas em aleitamento materno, no pré-natal, parto e período pós-natal, na Tailândia, observaram aumento na prática da amamentação, entre os 9 e 12 meses de vida.

No Chile, Valdés et al.⁴⁷, em estudo de intervenção, avaliaram quatro passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: treinamento da equipe, atividades no pré-natal, no hospital, e criação de uma clínica de lactação para pacientes externos. As taxas de aleitamento materno exclusivo elevaram-se de 31,6% para 66,8%, aos seis meses de vida.

Brent et al.¹³⁵ avaliaram um programa de intervenção em aleitamento, com estímulo no pré-natal, na maternidade, 48 horas e uma semana após o parto, além de uma consulta com a consultora em amamentação, em cada visita de puericultura. Houve aumento na incidência e duração do aleitamento.

Em estudo prospectivo, realizado em São Paulo, por Lutter et al.¹³⁶, foi avaliada a eficácia de um hospital em promover o aleitamento materno. As mulheres que participaram, no hospital, de um programa de incentivo ao aleitamento materno, tiveram uma mediana de amamentação de 75 dias (53 dias a mais do que a verificada no grupo controle).

As intervenções em favor da amamentação, quando realizadas em conjunto, no pré-natal, durante a permanência na maternidade e no período pós-natal exercem um maior impacto no aumento da prevalência e na duração do aleitamento materno (figura 1).

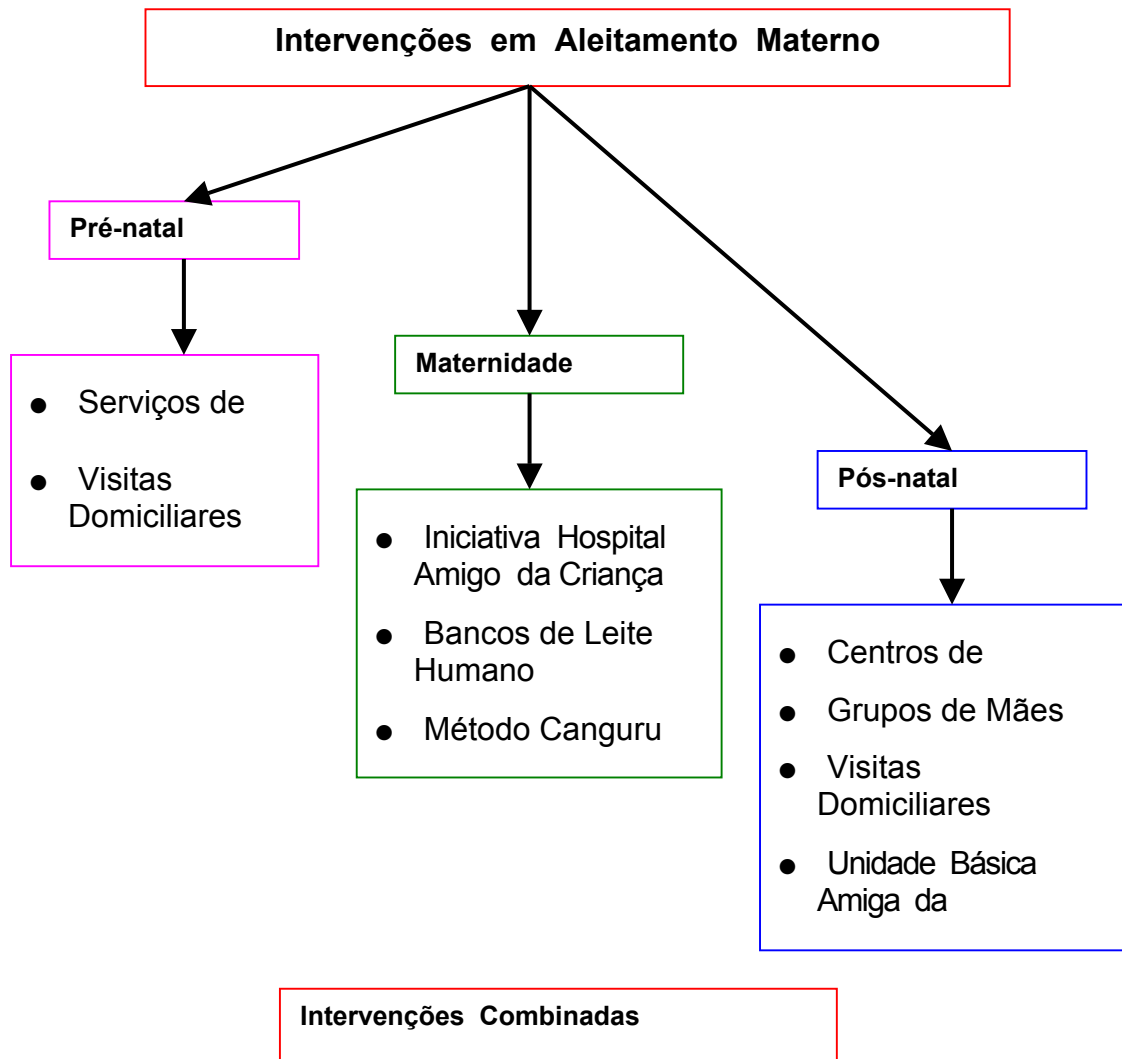


Figura 1 – Intervenções em aleitamento materno

Há poucos relatos sobre o impacto dos programas, registro dos custos das intervenções e sua eficácia, considerando a relação custo/benefício. Foram estimados o impacto e os custos em três programas implementados no Brasil, Honduras e México, e comparados com outras intervenções em saúde. A promoção do aleitamento pode constituir uma das ações de saúde mais eficazes. A relação custo-eficácia melhora à medida que os programas se consolidam. A promoção da amamentação nas maternidades leva à redução dos custos hospitalares, vez que há uma diminuição nas taxas de morbi-mortalidade infantil^{137,138}.

A eficácia das intervenções específicas nem sempre é passível de uma avaliação precisa e objetiva. A maioria dos programas tem dois ou mais componentes e nem sempre a metodologia do estudo é bem descrita na literatura. Porém, pode ser inferido que a maioria dos programas, desde que bem planejados, produzem um efeito positivo na amamentação.

O ato de amamentar é a expressão de um comportamento que não pode ser imposto, e sim voluntário. Qualquer intervenção em amamentação, especialmente se destinada a promover e apoiar o aleitamento materno, deve levar em conta os valores culturais das mulheres, fruto de crenças, usos e costumes de sua comunidade.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A promoção do aleitamento materno exclusivo é considerada importante estratégia para reduzir a morbimortalidade infantil^{17, 21-23, 139-143}.

No Brasil, a prática da amamentação vem aumentando, nos últimos anos (96,4% das crianças estão sendo amamentadas na alta das maternidades); contudo, ainda são baixos os índices de aleitamento materno exclusivo, nos diversos municípios brasileiros, especialmente no interior urbano⁸⁸. Embora muitas ações tenham sido desenvolvidas, nas últimas décadas (regulamentação das normas de comercialização dos alimentos infantis, proibição da distribuição de amostras de leite nas maternidades, implantação e promoção do alojamento conjunto, treinamento dos profissionais, campanhas de estímulo à amamentação, criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, aperfeiçoamento da legislação de apoio à mulher trabalhadora), a prática da amamentação ainda é insatisfatória¹⁴⁴⁻¹⁴⁷. Os esforços desenvolvidos nas campanhas e programas de incentivo à amamentação resultaram em alguma melhora nos seus indicadores. Contudo, ainda há muito o que modificar nesta área, como é o caso da abolição do uso de água e chás, nos intervalos das mamadas; conscientização sobre os prejuízos decorrentes do início precoce da administração de sucos ou frutas, como se fazia nas décadas de 60, 70 e início dos anos 80¹⁴⁸.

Várias estratégias podem ser utilizadas para promover o aleitamento materno exclusivo, durante os seis primeiros meses, e manter a prática do aleitamento complementado em tempo oportuno, por dois anos ou mais. Dentre estas, estão incluídas: educação para o aleitamento, nas escolas primárias e secundárias, ampliação da carga horária destinada ao ensino das vantagens, manejo e técnicas de aconselhamento em amamentação, nas escolas médicas, de enfermagem, nutrição, odontologia, fonoaudiologia e assistentes sociais; atividades educativas em aleitamento materno, dirigidas aos profissionais que trabalham com o grupo materno-

infantil, nas suas unidades, às gestantes e puérperas e à população em geral, através dos meios de comunicação de massa.

Outras ações desenvolvidas por segmentos da sociedade têm contribuído para a promoção do aleitamento materno. Neste sentido, cabe destacar a atuação das organizações não governamentais, grupos de mães e da Pastoral da Saúde.

As sociedades de pediatria, com seus departamentos científicos de aleitamento materno, têm participado do estímulo à amamentação, através de congressos, publicação de artigos no *Jornal de Pediatria* e desenvolvendo também um processo de educação continuada dirigido aos pediatras. A Sociedade de Pediatria de Pernambuco assinou, recentemente, convênio com a Prefeitura da Cidade do Recife, para treinamento dos profissionais das maternidades municipais, capacitando-as para receber o título de Hospital Amigo da Criança. Uma das maternidades já foi credenciada e está apenas aguardando o recebimento da placa.

A proteção à mulher que trabalha fora de casa, através da garantia no cumprimento dos seus direitos estabelecidos por lei, favorece a amamentação bem sucedida.

A vigilância no cumprimento das Normas de Comercialização dos Alimentos para Lactentes protege e incentiva o aleitamento, através da regulamentação da promoção comercial e do uso apropriado dos alimentos substitutos ou complementos do leite materno.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança tem se revelado como importante estratégia no aumento da prática da alimentação ao seio, em todo o mundo, e existem evidências suficientes que comprovam a sua efetividade. Contudo, a implantação de alguns passos isoladamente não tem o mesmo efeito, devendo ser encorajada a implementação dos 10 passos, em conjunto. Esforços devem ser dirigidos no sentido de mudar as rotinas

hospitalares, apoiando e incentivando o aleitamento materno exclusivo na maternidade, além de estimular a sua manutenção, por seis meses após a alta. Empenho dos profissionais, gestores de hospitais e governantes é necessário, para ampliar o número de hospitais credenciados, no Brasil.

Para a manutenção da lactação, é de fundamental relevância o apoio à nutriz, na comunidade, através de visitas domiciliares, realizadas nos primeiros dias após o parto, por profissionais e agentes comunitários de saúde, além das mães monitoras ou mulheres da comunidade, treinadas em aleitamento materno. Neste contexto, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) possibilitam o contato com a família, desde o pré-natal e nos primeiros dias após o parto, reduzindo as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, em muitos segmentos da população brasileira. Outro aspecto relevante é a possibilidade de avaliar a ajuda da família, em relação ao aleitamento, no próprio contexto domiciliar, e poder oferecer apoio concreto nas dificuldades que muitas mulheres enfrentam para amamentar. Contudo, há necessidade da atualização e capacitação das equipes destes programas, no manejo, na escuta e esclarecimento das dúvidas da nutriz, tão freqüentes neste período.

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança está em fase de implantação, no Brasil, e a integração das equipes do PACS e PSF com os profissionais das unidades básicas de saúde poderá reforçar a promoção da prática do aleitamento. Um aspecto a ser reestruturado é o calendário das visitas domiciliares às puérperas, concentrando-as no primeiro mês, especialmente nos primeiros 15 dias após o parto, período crítico para o desmame precoce. Além deste período, há necessidade do apoio contínuo durante os seis primeiros meses de vida, com a finalidade de identificar as dificuldades e dúvidas na manutenção da lactação.

Tendo em vista a comprovada importância do leite materno na redução da morbimortalidade infantil e todos os seus benefícios, proporcionando uma melhor qualidade de vida de mães e crianças, torna-se

necessário investir em programas de promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno.

Os governantes devem ser estimulados a elaborar uma política nacional de vigilância alimentar e nutricional, apoiando os programas que estimulam a amamentação exclusiva durante seis meses, a introdução segura e oportuna dos alimentos e a manutenção do aleitamento materno até, pelo menos, os dois anos ou até mais, se possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Arantes CIS. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. *J Pediatr* 1995; 71(4):195-202.
- 2 Müller M. O matador de bebês. (The baby killer). 2ed. São Paulo: CEMICAMP/CEPE/IMIP; 1977.
- 3 Michael JG, Ringenback R, Hottenstein S. The antimicrobial activity of human colostral antibody in the newborn. *J Infect Dis* 1971; 124: e445.
- 4 Larsen AS, Homer DR. Relation of breast versus bottle feeding to hospitalization for gastroenteritis in a middle-class U.S. population. *J Pediatr* 1978; 92 (3): 417-8.
- 5 Ogra SS, Ogra PL. Immunologic aspects of human colostrum and milk. Distribution characteristics and concentrations of immunoglobulins at different times after the onset of lactation. *J Pediatr* 1978; 92: 546.
- 6 Chandra RK. Prospective studies of the effect of breastfeeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paediatr Scand* 1979; 68: 691-4.
- 7 Saarinen VM, et al. Prolonged breast-feeding as prophylaxis for atopic disease. *Lancet* 1979; 2: 163.
- 8 Narayanan I, Prakash K, Gujral VV. The value of human milk in the prevention of infection in the high-risk low-birth weight infants. *J Pediatr* 1981; 99: 496.
- 9 Cunningham AS. Morbidity in breast-fed and artificially fed infants II. *J Pediatr* 1979; 95: 685-9.

- 10 Ungerer RLS, Miranda ATC. História do alojamento conjunto. *J Pediatr* 1999; 75 (1): 5-10.
- 11 Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno.(PNIAM). Brasília; 1991.
- 12 Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança. Brasília; 1988.
- 13 Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Brasil Epidemiol* 1998; 1 (1): 40-9.
- 14 UNICEF. Encontro Mundial de Cúpula pela Criança- Plano de ação para a implementação da declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança. Nova York; 1990.
- 15 Pacto pela infância. II Reunião de Cúpula de Governadores pela Criança - 500 dias de ação pela criança. Brasília; 1993.
- 16 Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. O aleitamento materno e o município. Brasília; 1996.
- 17 Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB et al. Evidence for a strong protective effect of breastfeeding against infant deaths from infections disease in Brazil. *Lancet* 1987; 3: 319-22.
- 18 Howie PW, Forsyth JS, Ogston AS, Clark A, Florey C. Protective effect of breast feeding against infection. *Brit Med J* 1990; 300: 11-6.

- 19 Drash AI, Kramer SM, Swanson J, Udall JN. Infant feeding practices and their possible relationship to the etiology of diabetes mellitus. *Pediatrics* 1994; 94 (5): 752-4.
- 20 Daí D, Walker WA. Role of bacterial colonization in neonatal necrotizing enterocolitis and its prevention. *Chung Hua Min Kuo Hsueh Hui Tsa Chih* 1998; 39 (6): 357-65.
- 21 Levine OS, Farley M, Harrison LH, Lefkowitz L, Mcgeer A, Schwartz B. Risk for invasive pneumococcal disease in children: a population-based case-control study in North America. *Pediatrics* 1999; 103 (3): 28.
- 22 Newburg DS. Human milk glycoconjugates that inhibit pathogens. *Curr Med Chem* 1999; 6 (2): 117-27.
- 23 Raisler J, Alexander C, O Campo P. Breastfeeding and infant illness: a dose-response relationship ? *Am J Public Health* 1999; 89 (1): 25-30.
- 24 Schanler RJ. Clinical benefits of human milk for premature infants. In: Ziegler EE, Lucas A, Moro GE. *Nutrition of the very low birthweight infant*. Philadelphia: Lippincott; 1999. v.43, p.95-106.
- 25 Angelsen NK, Vik T, Jacobson G, Bakkeig LS. Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Arch Dis Child* 2001; 85 (3): 183-8.
- 26 Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. *BMJ* 2001; 323 (7308): 303-8.

- 27 Innis SM, Gilley J, Werker J. Are human milk long chain polyunsaturated fatty acids related to visual and neural development in breast-fed term infants ? J Pediatr 2001; 139 (4): 532-8.
- 28 Anderson JW, Johnstone BM, Remely DT. Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis. Am J Clin Nutr 1999; 70: 525-35.
- 29 Lucas A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quociente in children born preterm. Lancet 1992; 337 (8788): 261-4.
- 30 Lamounier JA. Experiência Hospital Amigo da Criança. Rev Ass Med Brasil 1998; 44 (4): 319-24.
- 31 Lamounier JA. Tendências do aleitamento materno no Brasil. Rev Med Minas Gerais 1999; 9 (2): 59-65.
- 32 UNICEF. Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: n.14, 1995-1996.
- 33 UNICEF. Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: n.16, 1996.
- 34 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Placar dos Hospitais Amigos da Criança, julho 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrianca/aleitamento/iniciativa/placar.htm>
- 35 Forman MR. Review of research on the factors associated with choise and duration of infant feeding in less-developed countries. Pediatrics 1984; 74 Suppl (4) : 667-94.

- 36 Simopoulos AP, Grave GD. Factors associated with the choice and duration of breastfeeding practice. *Pediatrics* 1984; 74 Suppl (4): 603-14.
- 37 Koptürk T, Zetterström R. The promotion of breastfeeding and maternal attitudes. *Acta Paediatr Scand* 1989; 78: 817-23.
- 38 Lacerda N. Fatores maternos, suporte de serviços de saúde e apoio social: um estudo sobre o aleitamento materno da Zona da Mata Meridional de Pernambuco. [dissertação mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1999.
- 39 Guerrero ML, Morrow RC, Calve JJ, Ortega-Galleys H, Welder, SC, Ruiz-Palacios GM, et al. Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in periurban Mexico City. *Bull World Health Org* 1999; 77 (4): 323-30.
- 40 Pérez-Escamilla R, Segura-Millán S, Pollitt E, Dewey KG. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med* 1993; 37 (8): 1069-78.
- 41 World Health Organization. Evidence for the steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO/CHD/98.9; 1998.
- 42 Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996; 97 (5): 669-75.
- 43 Stokamer CL. Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. *Internat J Gynecol Obstetr* 1990; 31 Suppl1: 61-5.

- 44 Gökçay G, Uzel N, Kayatürk F, Neyzi O. Ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. *Child: Care, Health Develop* 1977; 23 (2): 187-200.
- 45 Heiberg Endresen E, Helsing E. Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatr* 1995; 84: 719-24.
- 46 Taylor A. Violations of the international code of marketing of breast milk substitutes: prevalence in four countries. *Brit Med J* 1998; 316: 1117-22.
- 47 Valdés V, Pérez A, Labbok M, Pugin E, Zambrano I, Catalan S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *J Trop Pediatr* 1993; 39: 142-51.
- 48 Hales DJ. Promoting breastfeeding: strategies for changing hospital policy. *Stud Fam Plann* 1981; 12 (4): 167-72.
- 49 Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Semin Perinatol* 1994; 18 (6): 517-24.
- 50 Lamounier JA, Leão, E. Estratégias para aumentar a prática da amamentação. *J Pediatr* 1998; 74 (5): 355-66.
- 51 Lawrence RA. Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. *Pediatrics* 1982; 70 (6): 912-20.

- 52 Westphal MF, Taddei JAC, Venancio SI, Bogus CM. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bull World Health Org* 1995; 73 (4): 461-8.
- 53 Rea M, Venancio SI. Avaliação do curso de aconselhamento em amamentação. *J Pediatr* 1999; 75 (2): 112-8.
- 54 UNICEF. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Brasília: UNICEF/OMS; 1994, n.14.
- 55 Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatrician's practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics* 1999; 103 (3): 35.
- 56 UNICEF. Manejo e promoção do aleitamento materno num hospital amigo da criança- Curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília: UNICEF/OMS; 1993.
- 57 Wilmoth TA, Elder JP. An assessment of research on breastfeeding strategies in developing countries. *Soc Sci Med* 1995; 41 (4): 579-94.
- 58 Matich JR, Sims LS. A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Soc Sci Med* 1992; 34 (8): 919-27.
- 59 Sciacca JP, Fhipps BI, Dube DA, Ratliff MI. Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program. *J Am Diet Assoc* 1995; 95: 323-8.
- 60 Woolridge MW. Problems of establishing lactation. *Food Nutr Bull* 1996; 17 (4): 316-23.

- 61 Alvarado RM, Atalah ES, Diaz SF, Rivero SV, Labbé MD, Escudero YP. Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters participation. *Food Nutr Bull* 1996; 17 (1): 49-53.
- 62 Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding; a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353: 1226-31.
- 63 Serwint JR, Wilson MEH, Vogelhut WJ, Repke JT, Siedel HM. A randomized controlled trial of prenatal pediatric visits for urban, low-income families. *Pediatrics* 1996; 98 (6): 1069-75.
- 64 Kistin N, Benton D, Rao S, Sullivan M. Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990; 86 (5): 741-6.
- 65 Pugin E, Valdés V, Labbok MH, Pérez A, Aravena R. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program ? *J Human Lact* 1996; 12 (1): 15-9.
- 66 Cabrera BMT. Factores asociados al inicio, tipo y duracion en lactancia materna entre participantes y non participantes a charla prenatal de educacion en lactancia materna en una institucion hospitalaria. *Health Sci J Puerto Rico* 1999; 18 (3): 241-9.
- 67 Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Accuracy of expectant mothers predictions of fathers attitudes regarding breast-feeding. *J Fam Pract* 1993; 37 (2): 148-52.

- 68 Giugliani ERJ, Bronner Y, Caiffa WT, Vogelhut J, Witter F R, Perman JA. Are the fathers prepared to encourage their partners to breast feed ? A study about fathers knowledge of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994; 83: 1127-31.
- 69 Bernard-Bonnin AC, Stachtchenko S, Girard G, Rousseau E. Hospital practices and breastfeeding duration: a meta-analysis of controlled trials. *Birth* 1989; 16 (2): 64-6.
- 70 Strachan-Lindenberg CS, Artola FC, Jimenez V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *Int J Nurs Stud* 1990; 27 (3): 179-86.
- 71 Pérez-Escamilla R, Pollitt E, Lönnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Publ Health* 1994; 84: 84-9.
- 72 Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; 81: 488-93.
- 73 Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnäs-Moberg K, Winberg, J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr* 1995; 84: 468-73.
- 74 Victora CG, Huttly SRA, Barros FC, Vaughan JP. Cesarean section and duration of breastfeeding among Brazilians. *Arch Dis Child* 1990; 65: 632-4.

- 75 Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. *Rev S Públ* 1998; 32 (3): 325-31.
- 76 Elander G, Lindberg T. Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr Scan* 1984; 73: 237-40.
- 77 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE . Alimentação infantil-bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN Brasil/OMS/OPAS/UNICEF; 1994.
- 78 Lawrence RA. La lactancia materna. 4ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
- 79 Ziegler EE, Lucas A, Moro GE. Nutrition of the very low birthweight infant. Philadelphia: Lippincott Williams; 1999.
- 80 Coutinho, SB, Figueiredo CSM. Aleitamento materno em situações especiais da criança. In: Rêgo JD. Aleitamento materno. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001. p.205-16.
- 81 Coutinho SB. Aleitamento materno. In: Silva AS. Manual de neonatologia. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.1-22.
- 82 De Carvalho M, et al. Frequency of milk expression and milk production by mothers of nonnursing prematures neonates. *Am J Dis Child* 1985; 139: 483-5.
- 83 Meier P. Breast feeding the premature baby: a research review. *News Brief* 1994; 9 (1): 2-5.

- 84 Nyquist KH, Ewald U. Successful breast feeding in spite of early mother-baby separation for neonatal care. *Midwifery* 1977; 13: 24-31.
- 85 Schanler RJ, Hurst NM, Lau C. The use of human milk and breastfeeding in premature infants. *Clin Perinatol* 1999; 26 (2): 379-98.
- 86 Wheller JL, Johnson M, Collie L, Sutherland D, Chapman C. Promoting breastfeeding in the neonatal intensive care unit. *Breastfeed Rev* 1999; 7 (2): 15-8.
- 87 Akram DS, Agboatwalla M, Shamshad S. Effect of intervention on promotion of exclusive breast feeding. *J Park Med Assoc* 1997; 47 (2): 46-8.
- 88 Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Batista Filho M, Huttly SRA et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001;108 (4): e66. Disponível em: URL <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66>.
- 89 Pérez-Escamilla R, Segura-Millán S, Canahuati J, Allen H. Prelacteal feeds are negatively associated with breast-feeding outcomes in Honduras. *J Nutr* 1996; 126: 2765-73.
- 90 Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B. Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bull World Health Org* 1989; 67 (2): 151-61.
- 91 Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breastfeeding. *Pediatrics* 1991; 88 (4): 745-50.

- 92 Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994; 83: 1122-6.
- 93 Riva E, Banderali G, Agostini C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 1999; 88 (4): 411-5.
- 94 Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Normas brasileiras para a comercialização de alimentos para lactentes. Brasília: 1990.
- 95 Dungy CI, Losch ME, Russell D, Romitti P, Dusdieker LB. Hospital infant formula discharge packages. Do they affect the duration of breast-feeding ? *Arc Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 724-9.
- 96 Osorio A, Rossello JL, Capurro H. A rooming-in program for mothers and newborns. *PAHO Bull* 1975; 2: 129-34.
- 97 McBryde A, Durham NC. Compulsory rooming-in on the ward and private newborn service at Duke Hospital. *J Am Med Ass* 1951; 145 (9): 625-8.
- 98 Procianoy RS, Fernandes-Filho PH, Lázaro L, Sartori NC, Drebes S. The influence of rooming-in on breastfeeding. *J Trop Pediatr* 1983; 29: 112-4.
- 99 Pérez-Escamilla R, Segura-Millán S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum Develop* 1992; 31: 25-40.

- 100 Illingworth RS, Stone DGH. Self demand feeding in a maternity unit. *Lancet* 1952; 1: 683-7.
- 101 De Carvalho M et al. Effect on frequent breastfeeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983; 72 (3): 307-11.
- 102 Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 86 (2): 171-5.
- 103 Maisels MJ et al. The effect of breastfeeding frequency on serum bilirubin levels. *Am J Obstetr Gynecol* 1994; 170 (3): 880-3.
- 104 Victora CG, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993; 341: 404-6.
- 105 Victora CG, Bbehague DP, Barros FC, Olinto MT, Weidwepass E. Pacifier-use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence ? *Pediatrics* 1997; 99 (3): 445-53.
- 106 Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciojani L et al. Pacifiers and breastfeeding. *JAMA* 2001; 286 (3): e374.
- 107 Carvalho GD. SOS respirador bucal-uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo; Lovise, 2003.
- 108 Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Deblieck EA, Eberly E, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999; 103 (3): e33.
- 109 Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tomioli Filho S, Tomasi E, Weidwepass E. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995; 95 (4): 497-9.

- 110 Clements MS, Mitchell EA, Wright SP, Esmail A, Jones DR, Ford RPK. Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta Paediatr* 1997; 86: 51-6.
- 111 Meier P. Bottle and breastfeeding; effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in preterm infants. *Nurs Res* 1988; 37 (1): 36-41.
- 112 Mathew OP, Bathia J. Sucking and breathing patterns during breast and bottle feeding in term neonates. *Am J Dis Child* 1989; 143: 588-92.
- 113 Milnes AR. Description and epidemiology of nursing caries. *J Public Health Dent* 1996; 56 (1): 38-50.
- 114 Labbok MH, Hendershot GE. Does breastfeeding protect against malocclusion ? An analysis of the 1981 child health supplement to the National Health Interview Survey. *Am J Prev Med* 1987; 3 (4): 227-32.
- 115 Saarinen UM. Prolonged breastfeeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71: 567-71.
- 116 Niemelä M, Uhari M, Moöttönem M. A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. *Pediatrics* 1995; 96 (5): 884-8.
- 117 Tully SB, Bar-Haim Y, Bradley RL. Abnormal tympanography after supine bottle feeding. *J Pediatr* 1995; 126: 5105-11.
- 118 Manning DJ, Coughlin RP, Poskitt EME. Candida in mouth or dummy? *Arch Dis Child* 1985; 60: 381-2.

- 119 Westin, J. B. Ingestion of carcinogenic N-nitrosamines by infants and children. *Arch Environ Health* 1990; 45 (6): 359-63.
- 120 Consumidor S.A. Bol Inform Inst Def Consum, abr/maio 1990.
- 121 Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. *Am J Dis Child* 1990; 144: 471-4.
- 122 Jones DA, West RR. Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: a randomised controlled trial. *J Epidemiol Commun Health* 1986; 40: 45-9.
- 123 Barros FC, Semer TC, Filho Tonioli S, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr* 1995; 84: 1221-6.
- 124 Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001; 17 (4): 326-43.
- 125 Kyenkya-Isabirye M, Magalhães R. O papel dos grupos de mães no sistema de saúde. *Internat J Gynecol Obstetr* 1990; 31 Suppl 1: 85-90.
- 126 Leite AJM, Machado M, Cunha ALA, Capiberibe AL, Rodrigues RC. Promoting breastfeeding among children with unfavorable birthweight in Fortaleza: an intervention and randomized trial. In: WHO/CHD/98.9. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO; 1998.

- 127 Burkhalter BR, Marin PS. A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *Internat J Gynecol Obstetr* 1991; 34: 353-9.
- 128 Serafino-Cross P, Donovan PR. Effectiveness of professional breastfeeding support. *J Nutr Educ* 1992; 24 (3): 117-21.
- 129 Froozani MD, Permezhadeh K, Motlagh D, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. *Bull World Health Org* 1999; 77 (5): 381-5.
- 130 Locklin MP, Jansson MJ. Home visits: strategies to protect the breastfeeding newborn at risk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999; 28 (1): 33-40.
- 131 Souza MH, Sawaya AL, Sesso R, Sigulem DM. Aleitamento materno em favelas: um programa de incentivo através de visitas domiciliares. *Arch Latinoam Nutr* 1998; 48 (3): 231-5.
- 132 Barros FC, Halpem R, Victora CG, Teixeira AM, Béria JU. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. *Rev S Públ* 1994; 28 (4): 277-83.
- 133 Haider R, Kabir I, Huttly SR, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact* 2002; 18 (1): 7-12.
- 134 Pichaiapat V, Thanomsingh P, Pudhapongsiriporn S, Buranasin P, Phanidanunt M, Monkalasiri R. An intervention model for breastfeeding in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *South Asean J Trop Med Publ Health* 1992; 23 (3): 439-3.

- 135 Brent NB, Redd B, Dworetz A, D'Amico F, Greenberg JJ. Breast-feeding in a low-income population. Program to increase incidence and duration. *Arch Pediatr Adol Med* 1995; 149: 798-803.
- 136 Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Publ Health* 1997; 87: 659-63.
- 137 Sanghvi TG. Melhora da eficácia em função dos custos da promoção do aleitamento materno em maternidades. Resumo do estudo USAID/LAC HNS na América Latina (1992-1995), 1996.
- 138 Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fieldler J, Perez-Escamilla R, Lutter C et al. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Pol Plann* 1996; 11 (2): 156-68.
- 139 Giugliani ERJ. Amamentação: como e porque promover. *J Pediatr* 1994; 70 (3): 138-51.
- 140 Mckenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997; 100 (2): 214-9.
- 141 Bernt KM, Walker WA. Human milk as a carrier of biochemical messages. *Acta Peadiatr* 1999; 88 Suppl (430): 27-41.
- 142 Hanson LA. Human milk and host defense: immediate and long-term effects. *Acta Paediatr* 1999; 88 Suppl (430): 42-6.
- 143 UNICEF. Situação mundial da infância 2000. Brasília; 2000.

- 144 Leão MM, Coitinho DC, Recine E, Costa LAL, Lacerda AJ. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil- Aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1989.
- 145 Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição; saúde, nutrição, alimentação e condições socio-econômicas no Estado de Pernambuco. Recife: Ministério da Saúde/IMIP/UFPE/Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; 1998.
- 146 Vasconcelos MGL. Perfil do aleitamento materno em crianças de 0 a 24 meses de idade no Estado de Pernambuco. [dissertação mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1999.
- 147 Ministério da Saúde. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília; 2001.
- 148 Rea M. A amamentação e o uso de leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. J Pediatr 1998; 74 (3): 171-4.

O formato das referências bibliográficas desta tese seguiu as normas estabelecidas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, denominadas Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, e conhecidas como o Estilo Vancouver. Atualmente, mais de 500 periódicos, em todo o mundo, seguem essas normas, podendo ser localizados na Internet, no endereço: <http://www.cma.ca/publications/mwc/uniform.htm>.

III - Artigo I

*Impacto do treinamento Iniciativa
Hospital Amigo da Criança sobre a prática
do aleitamento materno*

RESUMO

Objetivos – Avaliar as práticas da amamentação, em duas maternidades da cidade dos Palmares, Pernambuco, após treinamento dos profissionais de saúde. Comparar o perfil do aleitamento materno, após o treinamento, com os dados basais do estudo de coorte realizado na área, em 1998.

Métodos – Foram treinadas 90% das auxiliares de enfermagem e parteiras das duas instituições (A e B), no Curso de Manejo do Aleitamento Materno do UNICEF, durante 20 horas. Foram recrutadas e entrevistadas 350 mães, nas primeiras 48 horas e 10 dias após o parto, para avaliar as práticas da amamentação nas maternidades e o cumprimento do 4º ao 10º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Uma sub-amostra de 175 mães recebeu sete visitas domiciliares, para avaliar a prática do aleitamento, durante os seis primeiros meses de vida.

Resultados – O desempenho da maternidade B foi melhor que o da maternidade A e estatisticamente significativo do 4º ao 10º passo ($p<0,001$). O uso do chá foi maior entre as mães da maternidade A ($p=0,01$), contudo, o uso de água e fórmulas lácteas foi pouco freqüente nas duas instituições. A comparação com o estudo anterior evidenciou melhora nas práticas da amamentação nas maternidades, com relação ao 4º passo, orientação para o manejo da lactação, maior prática do aleitamento materno exclusivo, de 68,5% contra 22,3%, menor uso de água e chupetas ($p<0,001$). Durante os seis meses de acompanhamento houve aumento do aleitamento materno exclusivo, quando comparado aos dados basais.

Conclusões – Na comparação entre as duas maternidades, verificou-se melhor desempenho da maternidade B, provavelmente devido ao apoio administrativo oferecido. Os passos da IHAC foram parcialmente implantados e as duas maternidades melhoraram a prática da amamentação. Contudo, há necessidade da participação dos médicos nos treinamentos e maior apoio dos gestores. Houve aumento na prática do aleitamento materno exclusivo nas maternidades e durante os seis primeiros meses de vida, quando comparado com os dados basais da área.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, amamentação.

ABSTRACT

Objectives – Evaluate the breastfeeding practices in two maternities in the city of Palmares, state of Pernambuco, after training the professionals. Compare the breastfeeding profile after training with the base data of a study undertaken in 1998.

Method – 90% of the nursing auxiliaries and midwives of the two institutions (A and B) were trained in the Managing Breastfeeding Course of UNICEF for a period of 20 hours. 350 mothers were recruited both within the first 48 hours and 10 days after childbirth to evaluate breastfeeding practices in the maternities and the fulfilling of the 4th through 10th steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI). A sub-sample of 175 mothers received seven in-home visits to evaluate the breastfeeding practices throughout the first six months of the child's life.

Results – The performance of maternity B was superior to that of maternity A and statistically significant from the 4th to the 10th steps ($p < 0.001$). The use of tea was greater among the mothers in maternity A ($p = 0.01$). Nevertheless, the use of water and baby formulas was not frequent in either of the two institutions. A comparison with a previous study revealed an improvement in the breastfeeding practices regarding the 4th step (orientation for the management of breastfeeding); a greater practice of exclusive breastfeeding (from 22.3% to 68.5%); and a reduction in the use of water and pacifiers ($p < 0.001$). During the first six months of follow-up there was an increase in exclusive breastfeeding when compared to the base data.

Conclusions – When comparing the two maternities, maternity B had a better performance. This was probably due to the administrative support it received. The BFHI steps were partially implanted and both maternities improved in regards to breastfeeding practices. Nevertheless, both institutions need to have a greater participation of the doctors in the training program and more support from the administrators. There was an increase in the practice of exclusive breastfeeding in the maternities and throughout the first six months of the child's life when compared to the base data.

Key words: Breastfeeding, Baby-Friendly Hospital Initiative.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo por seis meses tem-se revelado importante estratégia para reduzir a morbimortalidade infantil¹⁻⁷. Mesmo sabendo-se das inúmeras vantagens do uso do leite humano na alimentação infantil, essencial para a sobrevivência das crianças pobres dos países subdesenvolvidos, a prática da amamentação ainda está longe de ser exercida plenamente, de modo a atender as metas previamente estabelecidas^{8,9}.

Em 1990, na Itália, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) criaram um programa de incentivo à amamentação, com mudanças nas rotinas e condutas adotadas nas maternidades, visando a promoção e o apoio ao aleitamento materno (Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC). Dois anos após, o Brasil adotou o programa, como uma estratégia para aumentar os índices de aleitamento materno, promovendo o treinamento dos profissionais das maternidades, no cumprimento dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno¹⁰. Segundo dados da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, até julho de 2002 existiam, no país, 215 Hospitais Amigos da Criança, sendo 108 no Nordeste e 8 no Estado de Pernambuco¹¹.

Vários estudos demonstraram que é possível melhorar a prática do aleitamento materno, nas maternidades, com o treinamento de 18 horas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, tendo como base o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno¹²⁻¹⁸.

Pesquisa para avaliar a prevalência do aleitamento materno, nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, realizada pelo Ministério da Saúde, em 1999¹⁹, revelou aumento expressivo desta prevalência, provavelmente, decorrente do esforço dos programas de incentivo à amamentação. Neste contexto, a IHAC desempenha importante papel. O impacto deste programa sobre o aumento da duração do aleitamento materno foi demonstrado por vários autores^{12,15-18}. No Chile, Valdés et al.¹², verificaram aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, de 66,8%, no hospital que adotou o programa, contra 23,3%, no controle. No Brasil, a diferença na mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 75 dias, no hospital com a IHAC implantada, contra 22 dias, no hospital controle¹⁶.

Embora tenha havido uma melhora significativa na mediana do aleitamento materno, no Brasil, a amamentação exclusiva ainda é pouco praticada; na recente pesquisa do Ministério da Saúde, referida anteriormente, o tempo mediano foi de 23,4 dias, variando de 6,8 dias, no Recife, a 63,6 dias, em Fortaleza¹⁹. A mudança verificada nas áreas urbanas das grandes cidades não foi observada no interior urbano e áreas rurais²⁰.

Estudo de coorte realizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, em 1998, revelou uma mediana de aleitamento materno exclusivo de zero dias. Nesta região, o hábito de usar água, chá e outros alimentos é adotado precocemente, quando as mães ainda estão internadas nas maternidades, ou durante a primeira semana de vida²¹.

As variações regionais nos hábitos alimentares da criança, na primeira infância, em nosso país, são muito grandes. Torna-se necessário adotar uma política de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, por constituir uma prática recomendada para a criança, durante os seis primeiros meses de vida, por instituições nacionais e internacionais, respaldadas por evidências científicas que comprovam ser esta a melhor forma de alimentar as crianças neste período de vida^{8,22,23}.

Com base nos resultados obtidos por Marques et al.²¹, quando do diagnóstico acerca da pouca atuação das maternidades em favor do aleitamento materno, sentiu-se a necessidade de desenvolver um projeto de intervenção na área, oferecendo treinamento no manejo da amamentação, para os profissionais das maternidades, de acordo com os dez passos para o sucesso da amamentação.

O presente estudo teve como objetivos:

- Avaliar as práticas da amamentação em duas maternidades da cidade dos Palmares após treinamento dos profissionais de saúde para o apoio e incentivo ao aleitamento materno.
- Comparar o perfil do aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida, obtido após o treinamento, com os dados do estudo de coorte desenvolvido na área, em 1998.

CASUÍSTICA E MÉTODO

• Contexto e desenho do estudo

O presente estudo teve como base o projeto Saúde e Nutrição de Crianças - um estudo de coorte²¹ que, entre seus objetivos, contemplou uma avaliação do perfil e prática do aleitamento materno, visando a elaboração de uma proposta de intervenção. No período de janeiro a agosto de 1998, foram entrevistadas 364 puérperas, (com recém-nascidos de peso igual ou maior que 2500g) nas maternidades das cidades de Palmares, Catende, Água Preta e Joaquim Nabuco, para coletar dados sobre práticas e atividades de incentivo ao aleitamento materno. Após a alta, mães e bebês foram acompanhados, através de visitas domiciliares, duas vezes por semana, para avaliar a prática da amamentação.

O estudo é composto de uma intervenção para avaliar o cumprimento dos 10 passos da IHAC, em duas maternidades (350 puérperas), e um componente prospectivo (175 mães), para a avaliação da prática do aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida, comparado com o estudo de coorte referido anteriormente (controle histórico)²¹. As coletas de dados dos dois estudos aqui analisados foram realizadas pela mesma equipe e utilizando-se metodologia semelhante.

• Local do estudo

O estudo foi realizado nas cidades referidas anteriormente, localizadas a aproximadamente 120 km da cidade do Recife, na Mata Meridional do Estado de Pernambuco, com uma população total de 131.656 habitantes, sendo 2.967 menores de um ano²⁴. Palmares é a maior entre as quatro cidades (com 55.470 habitantes) e também conta com os melhores recursos de atenção à saúde. As outras três cidades situam-se num raio de 15 km de distância. A produção e industrialização da cana de açúcar constituem a principal atividade econômica dessa área. De acordo com o último censo demográfico, o índice de analfabetismo, entre mulheres residentes na área, na faixa etária de 15 a 49 anos, foi de 26%²⁴.

• Características das maternidades

Na cidade dos Palmares, sede da 3ª Diretoria Regional de Saúde, existem três maternidades: duas privadas (A e B), atendem predominantemente pacientes conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), e uma pertence à Secretaria Estadual de Saúde. O estudo foi realizado nas duas primeiras, pois a última encontrava-se em reforma, desativada. No ano de 2001, a maternidade A dispunha de 15 leitos, com uma média de 60 partos mensais. A maternidade B contava com 21 leitos e uma média de 200 nascimentos, por mês. Nas duas instituições, os partos

transpelvianos eram atendidos por parteiras ou auxiliares de enfermagem, e apenas os partos cirúrgicos ou a fórceps eram realizados por médicos. Estas maternidades atendem aproximadamente 90% das parturientes provenientes dos municípios da área do estudo e não dispunham de neonatologista na sala de parto nem de berçários para atendimento aos recém-nascidos de alto risco. O tempo médio de permanência das puérperas, nas unidades hospitalares, era de 24 horas, para parto transpelviano, e 48 horas, para parto cesareano. O alojamento conjunto funcionava nas duas unidades, porém os profissionais não desenvolviam atividades de rotina para o estímulo e apoio ao aleitamento materno.

• **Desenvolvimento do estudo**

Inicialmente, foram realizadas duas reuniões com os diretores das maternidades, para explicar a proposta da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, os objetivos dos treinamentos e solicitar o apoio para modificar as rotinas hospitalares em prol do aleitamento materno. Enfatizou-se a importância da formação de um grupo interdisciplinar, responsável pelas mudanças nas práticas hospitalares. Os diretores designaram uma pessoa responsável, em cada instituição, para recrutar o pessoal a ser treinado. Foram convidados todos os médicos, parteiras, auxiliares de enfermagem, copeiras e auxiliares de serviços gerais das duas maternidades (as instituições não dispõem de enfermeiras nos seus quadros de pessoal). Os obstetras, pediatras e anestesistas não quiseram participar, alegando não dispor de tempo para esta atividade, apesar de lhes ter sido oferecido escolher o horário mais conveniente.

• **Treinamento dos profissionais de saúde das maternidades**

Foram treinados 42 profissionais das duas maternidades (90% das parteiras e auxiliares de enfermagem), distribuídos em dois cursos, com

intervalo de uma semana. O curso “Manejo do Aleitamento Materno num Hospital Amigo da Criança,” de 18 horas, do UNICEF/OMS²⁵, foi modificado, com o acréscimo de carga horária suplementar de 2 horas, sobre “Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento”²⁶. Os cursos tiveram como objetivo propiciar o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e foram realizados no período de janeiro e fevereiro de 2001, em Palmares. As atividades teóricas foram desenvolvidas através de aulas expositivas e vídeos comentados. Nas aulas práticas houve simulação de casos de mães com dificuldades em amamentação. Outras aulas práticas do manejo da lactação e técnicas de ordenha ocorreram nas maternidades, com a participação das puérperas. As técnicas de aconselhamento foram demonstradas e treinadas durante os cursos. O conhecimento dos participantes foi testado através de pré e pós-teste, para avaliar a efetividade do treinamento. A coordenação dos cursos foi feita por uma neonatologista, professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e consultora em lactação, que também ministrou aulas, junto com mais três professores da UFPE e um pediatra de Palmares. Durante os cursos, foram distribuídos materiais educativos e cópia do manual “Como ajudar as mães a amamentar”²⁷.

Foram também treinadas 15 profissionais de nível elementar (copeiras e auxiliares de serviços gerais), em dois cursos de sensibilização e manejo do aleitamento, com carga horária de 4 horas, sendo 2 horas de aula expositiva, 2 horas de prática e apresentação de vídeos comentados.

Após os cursos, foi sugerido aos diretores que designassem uma ou mais pessoas para participar de um reforço do treinamento, aprofundando conhecimentos no manejo da lactação e técnicas de aconselhamento, com duração de 20 horas, tendo por finalidade caracterizar, em cada instituição, uma consultora para problemas relacionados à amamentação. Foi indicada uma auxiliar de enfermagem de cada maternidade para participar deste segundo curso.

A coordenadora dos treinamentos ofereceu apoio, orientação para implementar as ações sobre o cumprimento dos 10 passos, distribuiu cartazes e panfletos sobre amamentação, para servirem de sugestões de materiais educativos a serem distribuídos às mães. Foram também entregues cópias das normas e rotinas para o incentivo do aleitamento materno, do UNICEF, para serem adaptadas às maternidades, e álbuns seriados do Ministério da Saúde, sobre aleitamento materno, para utilização em palestras educativas dirigidas às mães. Foi também distribuída uma cópia de fita de vídeo sobre o manejo da lactação, produzida pelo Ministério da Saúde.

- **Coleta de dados**

- **Equipe do projeto-** Constituída por um supervisor geral, uma coordenadora, ambos pediatras e professores da UFPE, uma nutricionista e uma enfermeira, responsáveis pelo recrutamento nas maternidades. A equipe de avaliação era composta por uma supervisora de campo e duas assistentes de pesquisa, auxiliadas, após o recrutamento, por uma nutricionista e uma enfermeira.

- **Treinamento da equipe-** Toda a equipe participou do treinamento de 20 horas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, junto com os profissionais de saúde. Posteriormente, foi realizado um segundo treinamento da equipe de entrevistadoras, para a aplicação dos questionários padronizados e pré-codificados a serem utilizados nas entrevistas realizadas nas maternidades e nas visitas domiciliares (Anexo B). As digitadoras foram treinadas no manejo dos formulários e no programa para dupla entrada de dados (EPI-INFO, versão 6,04).

- **Seleção das mães para o estudo-** Um mês após os treinamentos, foi iniciada a fase de recrutamento. As mães eram informadas sobre o projeto e convidadas a participar; após a aceitação formal (consentimento informado), iniciava-se o processo de recrutamento. Foram

critérios de inclusão: mães residentes em área urbana das cidades de Palmares, Água Preta, Catende e Joaquim Nabuco, e que não pretendessem mudar de cidade, nos seis meses seguintes ao recrutamento. Os critérios de exclusão foram: mães residentes em áreas rurais dos municípios descritos, portadoras de patologias graves, doenças mentais, com recém-nascidos gêmeos, portadores de doenças neonatais graves, malformações congênitas e anomalias cromossômicas. Dentre as 384 mães convidadas, 34 se recusaram a participar (15 de Palmares, 7 de Catende, 6 de Água Preta, 5 de Joaquim Nabuco e 1 com endereço desconhecido). Com relação às características sócio-demográficas das mães que se recusaram a participar do estudo (idade, escolaridade, paridade e peso do recém-nascido), não diferiram das mães selecionadas.

A amostra foi constituída por 350 mães recrutadas e entrevistadas durante as primeiras 48 horas pós-parto, antes da alta hospitalar, no período de março a agosto de 2001. Na primeira entrevista foram aplicados dois questionários estruturados (por uma enfermeira e uma nutricionista), coletando dados demográficos, sócioeconômicos, variáveis relacionadas à mãe e ao recém-nascido.

– **Visitas de avaliação** - A segunda entrevista foi realizada nas residências, 10 dias após o parto, com uma sub-amostra de 175 mães que participaram da primeira entrevista. Os questionários, aplicados no 10º dia após o parto, incluíam questões para a avaliação das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde das maternidades, relacionadas aos 10 passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Quadro1). Foram realizadas sete visitas domiciliares de avaliação: aos 10, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias de vida da criança, para avaliar a prática do aleitamento materno, uso de água, chá, suco, outro leite e outros alimentos (Anexo B).

- **Definições utilizadas:**²⁸

- Aleitamento materno exclusivo - uso do leite materno diretamente da mama ou extraído sem a utilização de nenhum outro líquido, como água, chá e suco ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos.
- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno diretamente do seio ou extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.
- Outro leite - definido como qualquer tipo de leite que não seja o materno.

Quadro 1. Os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno são:

- 1 - Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de saúde.
- 2 - Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
- 3 - Informar às gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
- 4 - Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6 - Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico.
- 7- Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8 - Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
- 9 - Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
- 10 - Encorajar a formação de grupos de apoio ao aleitamento materno e referir as mães aos mesmos, no momento da alta do hospital ou ambulatório.

Os questionários foram revisados diariamente e realizada a dupla entrada de dados, usando o software EPI-INFO, versão 6,04 (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA). Semanalmente, era

realizada a validação da digitação. Para a análise dos dados foi realizada distribuição de frequências e medidas de tendência central. Para variáveis dicotômicas foi utilizado o teste do qui quadrado (Yates corrigido), com nível de significância de 5%.

- **Aspectos éticos**

Ao serem identificados problemas relacionados à prática da amamentação, durante as visitas domiciliares, as mães eram orientadas a procurar o serviço de saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

RESULTADOS

- **Características da amostra**

Para o total da amostra 33,1% eram mães menores de 20 anos e 38,3% constituída por primíparas. Mais da metade das famílias (59,8%) recebia menos de meio salário mínimo per capita, 25,3% dos pais e 23,7% das mães eram analfabetos ou liam com dificuldade.

Apenas 16% das mães entrevistadas não viviam com o pai do bebê. Entre as mulheres que fizeram o pré-natal, 48,2% compareceram a mais de 6 consultas e apenas 6,3% não realizaram o pré-natal. Entre as crianças estudadas, 28,6% nasceram de parto cesariano e 4,6% apresentaram baixo peso ao nascer (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas e relacionadas à gestação e aos recém-nascidos das duas maternidades

VARIÁVEIS	TOTAL	Maternidade A	Maternidade B	p
	n=350 (%)	n=151 (%)	n=198 (%)	
Idade materna (anos)				
< 20	33,1	27,4	37,3	0,09
20 – 24	37,2	37,7	36,7	
25 e +	29,7	34,9	26,0	
Número de gestações				
1	38,3	27,4	46,1	0,002
2	42,8	47,3	39,7	
3 e +	18,9	25,3	14,2	
Renda per capita				
< 0,5 salário mínimo	59,8	56,2	62,2	0,45
Alfabetização paterna				
Não lê ou lê com dificuldade	25,3	25,5	25,2	0,96
Alfabetização materna				
Não lê ou lê com dificuldade	23,7	21,9	25,0	0,59
Não vive com o pai do bebê	16,0	13,7	17,6	0,40
Realização de pré-natal				
Não realizou	6,3	4,3	7,4	0,30
6 ou mais consultas	48,2	46,0	49,7	
Parto cesariano	28,6	33,6	25,0	0,10
Peso ao nascer g				
< 2500	4,6	2,7	5,9	0,26
≥ 2500	95,4	97,3	94,1	

As diferenças observadas nas características da amostra, entre as duas maternidades, foram: para a maternidade A, maior percentual de mães com 25 ou mais anos (34,9%), e possuindo três filhos ou mais (25,3%), e maior ocorrência de partos cesareanos (33,6%), quando comparada com a maternidade B. No entanto, foi observada diferença estatisticamente significativa apenas para a variável número de gestações.

• □ **Avaliação das atividades de incentivo e apoio ao aleitamento materno**

As atividades de incentivo e apoio à amamentação foram avaliadas nas duas maternidades, tomando como base os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (Quadro 1).

Passo 1 - As duas maternidades não apresentaram normas escritas sobre a prática do aleitamento materno para serem rotineiramente comunicadas aos profissionais de saúde.

Passo 2 - Houve participação de 90% das auxiliares de enfermagem e parteiras nos treinamentos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, de 18 horas, do UNICEF, acrescido de duas horas de Aconselhamento em Amamentação. A avaliação realizada através de pré e pós-testes, foi considerada satisfatória (dados não apresentados neste estudo). Os profissionais de nível superior não quiseram participar dos cursos. Quanto aos cursos de sensibilização, 95% de copeiras e auxiliares de serviços gerais compareceram.

Passo 3 - A orientação sobre aleitamento materno durante a gravidez não pôde ser avaliada, pois as maternidades não dispõem de serviços de pré-natal.

Passo 4 - A prática de colocar o bebê em contato precoce, pele a pele, na sala de parto, segundo relato das mães, foi realizada por 52,8% dos profissionais da maternidade B; contudo, apenas 10,7% ajudaram as mães a amamentar, logo após o nascimento. O cumprimento do 4º passo na maternidade A apresentou frequência inferior para as duas práticas avaliadas (17,8% e 0,7%, respectivamente).

Passo 5 - Verifica-se que a orientação para amamentar (33,5%) e a orientação para a ordenha do leite materno (16,2%) foram

atividades mais freqüentes entre os profissionais da maternidade B, quando comparados com os da maternidade A (9,2%, 5,9%), segundo informações referidas pelas mães.

Passo 6 - Embora a maior parte das mulheres inicie a amamentação na maternidade, constata-se o uso concomitante de chás (21,7%, 11,7%), água (5,3%, 3,6%) e fórmulas lácteas (2,0%, 0,5%), nas maternidades A e B, respectivamente. Contudo, apenas para a variável uso do chá houve diferença estatisticamente significativa.

Passo 7- As duas maternidades dispõem do sistema de alojamento conjunto e a maioria dos bebês foi encaminhada, logo após o nascimento, junto com suas mães. As crianças nascidas na maternidade B foram encaminhadas mais freqüentemente para o alojamento conjunto (95,9%) e permaneceram com suas mães até a alta (89,3%), quando comparadas com os bebês da maternidade A (77,6%, 65,1%, respectivamente).

Passo 8- A orientação para a livre demanda foi recebida apenas por 11,7% de todas as mães, sendo maior na maternidade B (17,3%), quando comparada com a maternidade A (4,6%).

Passo 9 - As mães internadas na instituição B receberam mais freqüentemente orientações para não utilizar chupetas (44,2%), nem mamadeiras (38,1%) do que as mães atendidas na maternidade A (9,9%, 9,2%, respectivamente).

Passo 10 - O encaminhamento para grupos de apoio ao aleitamento materno, após a alta hospitalar, foi uma prática pouco exercida pelos profissionais da maternidade B (6,1%), e nenhuma mãe da maternidade A recebeu esta orientação. O uso de cartazes sobre amamentação foi mais observado pelas mães internadas na maternidade B (61,8% versus 25,4%, na maternidade A).

O desempenho da maternidade B no cumprimento das atividades de incentivo ao aleitamento materno foi melhor que o da maternidade A (diferenças estatisticamente significantes), para todas as variáveis analisadas, exceto para não utilização de água e fórmulas lácteas (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação do cumprimento do 4º ao 10º passo entre as maternidades A e B

ATIVIDADES NA MATERNIDADE	Maternidade A		Maternidade B		p
	n=152	(%)	n=197	(%)	
Passo 4					
Pele a pele na sala de partos	27	17,8	104	52,8	< 0,001
Ajuda para amamentar na sala de partos					
Sim	01	0,7	21	10,7	< 0,001
Passo 5					
Orientação para posição e pega para amamentar	14	9,2	66	33,5	< 0,001
Orientação para ordenha	9	5,9	32	16,2	0,005
Passo 6					
Uso de chá	33	21,7	23	11,7	0,01
Uso de água	8	5,3	7	3,6	0,56
Uso de outro leite	3	2,0	1	0,5	0,42
Passo 7					
Encaminhamento após o parto					
Alojamento conjunto	118	77,6	189	95,9	< 0,001
Afastamento da mãe após o parto					
Não	99	65,1	176	89,3	< 0,001
Passo 8					
Orientação p/ livre demanda	7	4,6	34	17,3	< 0,001
Passo 9					
Orientação sobre chupetas					
Sim, para não usar	15	9,9	87	44,2	< 0,001
Orientação sobre mamadeiras					
Sim, para não usar	14	9,2	75	38,1	< 0,001
Passo 10					
Orientação p/ apoio após alta	0	0	12	6,1	< 0,005
Cartazes sobre amamentação	N=114		n=173		
Sim	29	25,4	107	61,8	< 0,001

• **Modificações nas práticas hospitalares das duas maternidades**

Na maternidade A não houve modificações com relação ao apoio para a prática do aleitamento materno. Na maternidade B algumas mudanças ocorreram:

- a) Confecção de cadeiras reclináveis para cada enfermaria, com o objetivo de oferecer melhor acomodação da mulher, no momento da amamentação.
- b) Reprodução do folheto educativo sobre amamentação (modelo do Ministério da Saúde), para ser distribuído na alta, às puérperas.
- c) Cópia, em tamanho reduzido, do álbum seriado do Ministério da Saúde, sendo colocado um exemplar, em cada enfermaria, à disposição das puérperas.
- d) Colocação, nas enfermarias, de quadros alusivos à amamentação.
- e) Escolha de duas auxiliares de enfermagem como responsáveis pelas atividades em aleitamento materno na maternidade: uma supervisora e outra para realizar visitas individuais às puérperas, diariamente, para orientação no manejo da lactação.
- f) Não permissão às mães para entrar na maternidade com mamadeiras e chupetas.

• **Comparação entre as atividades de incentivo ao aleitamento materno nos estudos de 1998 e 2001**

A tabela 3 compara os dados obtidos no primeiro estudo de coorte, realizado em 1998, sobre as atividades de estímulo e apoio ao aleitamento materno, desenvolvidas nas maternidades, com os dados do segundo estudo (2001), após o treinamento dos profissionais.

Foram observadas sete diferenças, entre as nove práticas hospitalares analisadas, com relação ao aleitamento materno, após os

treinamentos. Colocar o bebê em contato pele a pele, com sua mãe, na sala de parto, foi uma atividade desenvolvida por 37,5% dos profissionais, comparado com 25,8% no primeiro estudo. Contudo, poucas mães receberam ajuda para amamentar, logo após o nascimento, nos dois estudos (5,8% e 6,3%, no 1º e 2º estudos, respectivamente). Houve maior percentual de mulheres orientadas para o manejo da amamentação (22,9%), entre as mães que tiveram bebês após a intervenção nas maternidades, quando comparadas com aquelas que tiveram filhos no período anterior (9,6%). O uso inadequado de fórmulas lácteas, durante a permanência nas maternidades, não se modificou entre os dois estudos. Porém, houve redução na utilização de chá e água para os recém-nascidos, de 72,0% e 11,5%, em 1998, para 16,0% e 4,3%, em 2001.

O uso de chupetas, nas instituições, sofreu redução, após o treinamento dos profissionais (de 56,0% para 25,5%).

A comparação da prática do aleitamento materno nas maternidades, nos dois estudos, mostra que a amamentação foi adotada por 68,4% das mães, em 1998, sendo exclusiva em apenas 21,2% delas, enquanto que, no segundo estudo (2001), 81,4% das mães amamentavam nas maternidades e 68,5% o faziam de forma exclusiva. A prática do aleitamento materno exclusivo foi 3,2 vezes maior no 2º estudo, quando comparado com os dados obtidos em 1998 (Tabela 3).

Tabela 3- Comparação das atividades de estímulo e apoio ao aleitamento materno nas maternidades, nos anos de 1998 e 2001

ATIVIDADES NA MATERNIDADE	1998*		2001		p
	n=364	(%)	n=349	(%)	
Pele a pele na sala de partos					
Sim	94	25,8	131	37,5	< 0,001
Ajuda para amamentar na sala de partos					
Sim	21	5,8	22	6,3	0,86
Orientação para posição e pega para amamentar					
Sim	35	9,6	80	22,9	< 0,001
Amamentou	249	68,4	284	81,4	< 0,001
Aleitamento materno exclusivo					
Sim	77	21,2	239	68,5	< 0,001
Uso de chá					
Sim	262	72,0	56	16,0	< 0,001
Uso de água					
Sim	42	11,5	15	4,3	< 0,001
Fórmula Láctea					
Sim	4	1,1	4	1,2	0,60
Uso de chupetas					
Sim	204	56,0	89	25,5	< 0,001

* Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Batista Filho M, Huttly SRA et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001; 108: e66 Disponível em: URL:<http://pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66>.

As diferenças foram estatisticamente significantes para as variáveis: pele a pele na sala de parto, orientação para posição e pega para amamentar, amamentou na maternidade, aleitamento materno exclusivo, uso de chá, uso de água e uso de chupetas (Tabela 3).

A avaliação da prática do aleitamento materno exclusivo e através de visitas domiciliares, durante os seis primeiros meses de vida, entre os dois estudos, constatou aumento do aleitamento materno exclusivo

entre as mães do segundo estudo, diferenças estas estatisticamente significantes, exceto aos 30 e 180 dias. Para o aleitamento materno não houve diferenças estatisticamente significantes, entre os dois estudos (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação da prática do aleitamento materno e aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, nos dois estudos

Aleitamento Materno Exclusivo (dias)	1998**		Total		2001 Maternidade A (%)	2001 Maternidade B (%)
	n	%	n	%		
10	345	21,2	175	30,3*	32,5	28,6
30	345	10,7	168	15,5	13,2	17,4
60	341	7,0	167	16,8*	14,9	18,3
90	331	4,5	166	10,2*	8,1	12,0
120	321	2,8	164	9,1*	8,2	9,9
150	317	1,6	160	5,6*	4,2	6,7
180	314	0,6	161	3,1	2,8	3,3
Aleitamento Materno (dias)						
10	345	94,8	175	93,7	93,5	93,9
30	345	87,8	168	84,5	81,6	87,0
60	341	72,4	167	69,5	74,3	65,6
90	331	56,8	166	57,8	60,8	55,4
120	321	47,0	164	47,6	52,1	44,0
150	317	42,3	160	38,1	40,8	36,0
180	314	35,4	161	38,5	42,3	35,6

* p< 0,05

** Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Batista Filho M, Huttly SRA et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001; 108: e66 Disponível em: URL:<http://pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66>.

A análise foi repetida, excluindo-se a prematuridade e crianças com peso menor que 2500g. As diferenças entre as prevalências do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno durante os seis meses de acompanhamento não ultrapassou 1%, quando comparadas com as prevalências do grupo como um todo.

A prática do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo entre as puérperas provenientes das duas maternidades foi semelhante nos seis primeiros meses de vida.

DISCUSSÃO

Com os treinamentos, realizados simultaneamente, entre os profissionais das duas maternidades, foi possível modificar algumas práticas hospitalares de apoio ao aleitamento materno. As auxiliares de enfermagem participaram dos treinamentos e a avaliação do conhecimento adquirido no manejo da lactação foi considerada satisfatória. Elas exercem um papel importante na prática da amamentação, especialmente nas maternidades estudadas, em que a maioria dos partos é realizada por parteiras e auxiliares de enfermagem. Contudo, muitas vezes estes profissionais não têm autoridade para realizar as mudanças necessárias nas rotinas hospitalares.

Os médicos não participaram dos cursos, sob a alegação de "falta de tempo", não obstante lhes ter sido propiciada a escolha do horário mais conveniente para a sua realização. A pré-avaliação realizada com os médicos, antes dos cursos, revelou que apenas 40% tinham participado de algum curso sobre amamentação e 80% não sabiam responder perguntas simples sobre o manejo da lactação, demonstrando o despreparo e a pouca atenção destes profissionais, com respeito a conhecimentos básicos sobre o aleitamento materno. Dados semelhantes foram encontrados por outros autores²⁹⁻³¹. A ausência de obstetras e pediatras nos treinamentos reforça o pouco interesse na prática da amamentação e a falta de uma política institucional que priorize o adequado conhecimento dos profissionais de saúde. Neste estudo, ficou constatado que o treinamento dos médicos não foi considerado importante pelos diretores das maternidades.

Face a resistências desta natureza, torna-se óbvio que o treinamento em serviço deve constituir uma norma institucional compulsória, para atingir com eficácia objetivos voltados ao aprimoramento da atividade. Se o treinamento é voluntário, só participam aqueles cuja atitude é favorável ao aleitamento materno, em outras palavras, a frequência é baixa³². Todo e qualquer processo de mudanças é sempre passível de resistências e, no caso, é necessário o envolvimento dos obstetras e pediatras para mudar as rotinas perinatais. O treinamento dos profissionais deve ser repetido, acrescido de novos conhecimentos, a intervalos regulares, e a instituição deve medir o seu impacto sobre o aleitamento materno.

O atendimento pré-natal das mulheres internadas, nas duas maternidades, foi realizado em outros serviços, uma vez que as duas instituições não dispõem deste tipo de atendimento, impossibilitando sua avaliação nesta pesquisa.

O contato pele a pele da mãe com seu filho favorece espontaneamente a sucção precoce, logo após o parto, importante indicador para o sucesso do aleitamento materno^{12,18,33-35}. No segundo estudo, após a realização dos treinamentos, constatou-se melhora no empenho dos profissionais em colocar o bebê junto ao corpo da mãe, na sala de parto, atividade mais exercida na maternidade B. Esta melhoria foi evidenciada, ao comparar com os resultados do estudo anterior, realizado em 1998²¹. Apesar da maior oportunidade de ficar junto aos seus bebês, poucas mães receberam ajuda para amamentar, logo após o nascimento, nas duas maternidades e nos dois períodos estudados. Em São Paulo, esta prática não foi constatada em nenhum dos hospitais públicos ou privados, avaliados por Toma & Monteiro⁹.

Os profissionais que resistiram em mudar a rotina da sala de parto e ajudar a mãe a amamentar justificaram o fato como sendo um procedimento que requeria maior número de pessoas e de tempo disponível. Ocorre, contudo, que nem sempre a carência de pessoal é responsável por

esta atitude, muito mais relacionada à resistência a mudanças, interligada a fatores como falta de sensibilização e reflexão sobre a importância do papel que o profissional exerce.

Estudos comprovam a importância do alojamento conjunto em favorecer a melhor relação mãe e filho, o desenvolvimento de maior confiança no cuidado com o bebê e na capacidade da mulher em amamentar, reduzindo a introdução de alimentos pré-lácteos e aumentando a frequência e duração do aleitamento materno^{13,17,18,35}.

A prática do alojamento conjunto foi utilizada nas duas maternidades estudadas, embora os recém-nascidos da maternidade A tenham permanecido mais tempo afastados de suas mães, provavelmente devido ao maior número de partos cirúrgicos realizados nesta instituição. O afastamento de suas mães priva os recém-nascidos da amamentação; no período de afastamento, recebem outros líquidos, prejudicando o estabelecimento da lactação e a adequada produção de leite materno. Profissionais sensibilizados e treinados no manejo da lactação sabem que as mães cesariadas podem amamentar seus filhos imediatamente após o parto, desde que tenham apoio para superar os efeitos adversos decorrentes do ato cirúrgico.

Orientações no manejo da lactação (posição ao seio, pega do mamilo e parte da aréola, ordenha manual) foram escassas, nas duas instituições; contudo, há evidente diferença, entre os profissionais da maternidade B, provavelmente devido à presença de uma auxiliar de enfermagem, dedicada à orientação e apoio diários às puérperas. Este fato, por si só, justifica a diferença encontrada, ao ser comparada esta variável, nos dois estudos. Porém, ainda é insatisfatório o número de mulheres orientadas na prática da amamentação. A ajuda oferecida, durante a permanência na maternidade, pode melhorar a duração do aleitamento materno.

O alojamento conjunto é adotado pela maioria das maternidades do Estado de Pernambuco. Contudo, em algumas instituições, não se incentiva, apóia ou orienta o manejo da lactação. Outras vezes, o alojamento conjunto é exercido de forma parcial, afastando a mãe do bebê por razões que, aparentemente, não são válidas. É preciso ampliar esta ação e melhorar a qualidade da assistência oferecida, ajudando a mãe a permanecer junto a seu filho 24 horas/dia, a não ser que haja uma razão médica para separá-los.

O uso de alimentos pré-lácteos precocemente interfere na produção satisfatória do leite materno e dificulta o estabelecimento da lactação, favorecendo a introdução precoce de fórmulas lácteas. No estudo anterior, na mesma região, 80% das mães iniciaram a administração de água e chá na primeira semana de vida do bebê, sendo hábito, na região, levar o chá para a maternidade²¹. Após os treinamentos, esta prática foi adotada em menor escala, principalmente na maternidade B, onde foram iniciadas uma vigilância e proibição quanto ao uso destes alimentos. Contudo, o uso do chá, para “limpar o intestino e evitar cólicas,” e da água, para “matar a sede”, ainda constituem práticas culturais muito adotadas por mães e avós desta região, nos primeiros dias de vida do bebê.

As mães usam chupetas e mamadeiras, no Brasil, por acharem bonito, mais fácil para consolar e alimentar a criança, símbolo de status social, e as consideram parte obrigatória do enxoval do bebê, desconhecendo sua influência negativa no aleitamento materno e os efeitos danosos que podem ocasionar à saúde infantil. No estudo anterior, 91% das mulheres levaram chupetas e mamadeiras para a maternidade, e aproximadamente a metade já as havia oferecido a seus filhos, antes da alta²¹. Apesar do hábito cultural do uso de chupetas ser muito forte, na região, após os treinamentos dos profissionais, este uso foi reduzido nas duas maternidades.

A frequência do uso de chupetas e mamadeiras é muito alta, em nosso país. No Recife, 72% das mães usam mamadeiras, e 60,2% fazem uso de chupetas, para seus filhos¹⁹. Vários estudos demonstram que o uso de chupetas afeta o aleitamento materno, devido ao menor número de mamadas, levando à redução na produção de prolactina e do leite materno. As chupetas parecem contribuir para o desmame precoce, entre as mães inseguras com a amamentação, e podem constituir um marcador para as dificuldades do aleitamento materno^{36,37}. Alguns profissionais de saúde são indiferentes ou apóiam o uso de chupetas e mamadeiras, acreditando serem inofensivas e até mesmo necessárias para as crianças. É sempre difícil e complexo promover mudanças nas práticas culturais. Porém, há necessidade de maior esclarecimento e qualificação dos profissionais de saúde, para que possam orientar as mães sobre os efeitos danosos dos bicos artificiais para a saúde infantil.

Algumas mudanças ocorreram nas práticas hospitalares, após os treinamentos, decorrentes da introdução dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, principalmente na maternidade B, provavelmente, devido ao apoio administrativo. Contudo, a ausência de treinamento dos médicos, juntamente com a falta de uma política em prol do aleitamento materno, tornou impossível o desenvolvimento pleno das práticas contidas nos 10 passos da IHAC.

Na maternidade, o sucesso no estabelecimento da lactação pode ser influenciado pelas rotinas hospitalares e pelo treinamento dos profissionais no manejo do aleitamento materno. O presente estudo não teve como objetivo transformar as maternidades em “Hospitais Amigos da Criança”, mas melhorar as práticas hospitalares relativas à amamentação. Para implantar os passos da IHAC seria necessário treinar todo o pessoal das maternidades, estabelecer uma equipe de trabalho intra-hospitalar, para monitorizar o cumprimento dos 10 passos, atualizar os conhecimentos em amamentação e contar com o apoio e a participação dos dirigentes das unidades.

Os treinamentos realizados promoveram mudanças parciais, em algumas práticas e atividades em favor do aleitamento materno, nas maternidades, quando comparadas com as do estudo anterior²¹. Apesar da diferença no apoio administrativo, entre as maternidades estudadas, este apoio ainda foi insuficiente para o desenvolvimento pleno dos 10 passos da IHAC. O melhor desempenho da maternidade B na prática da amamentação não foi suficiente para manter os melhores indicadores do aleitamento materno, durante os seis primeiros meses de vida, quando comparada com a maternidade A. Contudo, houve melhora do perfil do aleitamento materno exclusivo, entre as crianças avaliadas nos seis meses após o parto, em 2001, em relação aos dados obtidos no estudo realizado em 1998 (controle histórico).

O presente estudo foi restrito à avaliação de ações desenvolvidas nas maternidades, identificando dificuldades na implantação dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, possivelmente semelhantes às existentes em outras instituições. O impacto sobre o aleitamento materno exclusivo foi pequeno e está muito longe de alcançar as metas estabelecidas como ideais, para crianças nos primeiros meses de vida.

É necessário, além de promover uma maior implantação da IHAC nas maternidades, manter o estímulo e o apoio à amamentação, através de programas de intervenção, durante o pré e pós-natal, com o objetivo de melhorar a duração do aleitamento materno, possibilitando, assim, maior sobrevivência infantil e melhor qualidade de vida das crianças.

CONCLUSÕES

Houve melhora na prática da amamentação nas duas maternidades estudadas, com melhor desempenho da maternidade B, após os treinamentos. No entanto esta diferença não se manteve ao longo dos seis meses de acompanhamento.

Há necessidade da participação dos médicos nos treinamentos e maior apoio dos gestores para melhor implantação dos passos da IHAC.

Ocorreu redução acentuada nas práticas do uso do chá (4,5 vezes) e do uso de chupetas (2,2 vezes) nas maternidades, quando comparadas com as mesmas práticas adotadas pelas mães da coorte anterior.

Houve aumento do aleitamento materno exclusivo nas maternidades e durante os primeiros seis meses de vida, quando comparado com os dados basais da área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Victora CG, Smith PG, Vaughan JP. Evidence for a strong protective effect of breastfeeding against infant deaths from infections disease in Brazil. *Lancet* 1987; (8554): 319-22.
- 2 César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postnatal period in Brazil: nested case-control study. *BJM* 1999; 318: 1316-20.
- 3 Morris SS, Grantham-McGregor SM, Lira PIC, Assunção MAS, Ashworth A. Effect of breastfeeding and morbidity on the development of low birthweight term babies in Brazil. *Acta Paediatr* 1999; 88: 1101-6.
- 4 Anderson JW, Johnstone BM, Remely DT. Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 525-35.
- 5 Clements J, Elyazecd RA, Rao M, Savarino S, Morsy BZ, Zim, Y, et al. Early initiation of breastfeeding and the risk of infant diarrhea in rural Egypt. *Pediatrics* 1999; 104 (1): e3.
- 6 Hanson LA. Human milk and host defense: immediate and long-term effects. *Acta Paediatr* 1999; 88 Suppl: 42-6.
- 7 World Health Organization Collaborative Study Team on the Role of Breast-feeding on the Prevention of Infant Mortality . How much does breast-feeding protect against infant and child mortality due to infection disease? A pooled analysis of six studies from less developed countries. *Lancet* 2000; 355: 451-5.

- 8 American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-9.
- 9 Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev S Públ* 2001; 35: 409-14.
- 10 Lamounier JA. Experiência Hospital Amigo da Criança. *Rev Ass Med Bras* 1998; 44: 319-24.
- 11 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Placar dos Hospitais Amigos da Criança, julho 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrianca/aleitamento/iniciativa/placar.htm>
- 12 Valdés V, Péres A, Labbok M, Pugin E, Zambrano I S. The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *J Trop Pediatr* 1993; 39: 142-51.
- 13 Endresen Heiberg E, Helsing E. Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatr* 1995; 84: 719-24.
- 14 Wilmoth TA, Elder JP. An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. *Soc Sci Med* 1995; 41 (4): 579-94.
- 15 Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996; 5: 669-75.

- 16 Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997; 87: 659-63.
- 17 World Health Organization/CHD Evidence for ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9 1998.
- 18 Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001; 323: 1358-62.
- 19 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília; 2001.
- 20 Vasconcelos MGL. Perfil do aleitamento materno em crianças de 0 a 24 meses no Estado de Pernambuco. [dissertação. mestrado] Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1999.
- 21 Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Batista Filho M, Huttly SRA et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001; 108: e66 Disponível em: [URL:http://pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66](http://pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66).
- 22 Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford Software.
- 23 World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Note for the press 2001;7. Disponível em: www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html.21k

- 24 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censos demográficos e contagem populacional, 2001. In Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. Informações em saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br.
- 25 UNICEF/OMS. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança; curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília; 1993.
- 26 UNICEF/OMS. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Brasília; 1997.
- 27 King FS. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília, Ministério da Saúde/ INAN; 1994.
- 28 World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices, Geneva: WHO; 1992.
- 29 Lawrence RA. Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. *Pediatrics* 1982; 70: 912-20.
- 30 Westphal MF, Taddei JAC, Venâncio SI, Bogus CM. Breastfeeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bull World Health Organiz* 1995; 73: 461-8.
- 31 Gökçay G, Uzel N, Kayatürk F, Neyzi O. Ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. *Child Care Health Develop* 1997; 23: 187-200.

- 32 Stokamer CL. Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31Suppl: 61-5.
- 33 Pérez-Escamilla R, Pollitt E, Lönnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health* 1994; 84: 84-9.
- 34 Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Seminars in Perinatology* 1994;18: 517-24.
- 35 Woolridge MW. Problems of establishing lactation. *Food Nutr Bull* 1996; 17: 316-23.
- 36 Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros CB. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993; 341: 404-6.
- 37 Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99: 445-53.

IV- Artigo II

Impacto de visitas domiciliares de incentivo e apoio ao aleitamento materno exclusivo: um estudo randomizado

RESUMO

Objetivos – Avaliar uma intervenção de incentivo e apoio à amamentação, visando melhorar a prática do aleitamento materno exclusivo, em quatro cidades da Zona da Mata Meridional de Pernambuco.

Método - Intervenção de base comunitária, randomizada, controlada para intervenção em aleitamento materno, através de visitas domiciliares no período pós-natal. Foram recrutadas 350 mães e bebês, entre março e agosto de 2001, em duas maternidades de Palmares e residentes em 4 municípios. O grupo controle (175), com cuidados convencionais de saúde, e o grupo de intervenção (175), que recebeu 10 visitas de mulheres da comunidade, treinadas para oferecer apoio e incentivo à amamentação, até seis meses após o parto. Foram realizadas sete visitas de avaliação, referentes à prática da amamentação.

Resultados – Houve 20 perdas (5,7%), durante o acompanhamento. O aleitamento materno exclusivo ou associado a outros alimentos foi maior no grupo de intervenção, quando comparado com o grupo controle, durante os seis meses após o parto ($p<0,001$). O aleitamento materno exclusivo foi 66,1% versus 15,5%, aos 30 dias, e 23,7% versus 3,1%, aos seis meses. O uso de água foi menor entre as crianças do grupo de intervenção (12,1% versus 50,9%, aos 10 dias, e 53,8% versus 83,2%, aos 6 meses, no grupo controle). O uso de chá, chupetas e mamadeiras foi reduzido entre as crianças da intervenção, quando comparadas com os controles, durante os seis meses de vida ($p<0,001$).

Conclusões – O contato precoce e repetido com mulheres da comunidade, treinadas, foi associado ao aumento do aleitamento materno exclusivo e associado a outros alimentos, redução do uso de água, chá, chupetas e mamadeiras, durante os primeiros seis meses. Este modelo poderá ser aplicado em outras comunidades brasileiras, visando o aumento do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento materno, estudo de intervenção randomizado.

ABSTRACT

Objectives – Encouragement and support intervention for breastfeeding aimed at improving the practices of exclusive breastfeeding in four cities in the sugarcane plantation region of the state of Pernambuco.

Method - Randomized, controlled community interventions in breastfeeding practices through in-home visits during the postpartum period. 350 mothers were recruited between March and August 2001 in two maternities in the city of Palmares. There was a control group (175) with conventional health care and an intervention group (175) that received 10 visits from trained women from the community to offer support and encouragement in breastfeeding during the first six months after childbirth. Seven evaluation visits were done regarding breastfeeding practices.

Results – There were 20 losses (5.7%) during the follow-up. Exclusive breastfeeding or breastfeeding in conjunction with other nourishment was greater in the intervention group than in the control group during the first six month after childbirth ($p < 0.001$). Exclusive breastfeeding was 66.1% versus 15.5% at 30 days and 23.7% versus 3.1% at six months. The use of water was lower among the children of the intervention group (12.1% versus 50.9% at 10 days and 53.8% versus 83.2% at 6 months). The use of tea, pacifiers and bottles was reduced among the children of the intervention group when compared to those of the control group during the first six months of life ($p < 0.001$).

Conclusions – Early and repeated contact with trained women from the community was associated with an increase in exclusive breastfeeding and breastfeeding in conjunction with other foods. It was also associated with a reduction in the use of water, tea, pacifiers and bottles during the first six months of life. This model could be applied to other Brazilian communities with the aim of increasing practices of exclusive breastfeeding.

Key Words: Breastfeeding, randomized, controlled community interventions

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A partir da conferência de Alma-Ata (1978) e, de forma mais concreta, com a realização da Reunião de Cúpula de Nova York (1990), que hoje já conta com a adesão de mais de 160 países, foram estabelecidos os fundamentos, estratégias e compromissos políticos e programáticos para a implantação das ações básicas de saúde, objetivando reverter, até o ano 2000, o quadro epidemiológico prevalente nos países do chamado Terceiro Mundo, principalmente no segmento materno-infantil⁽¹⁾.

Essas ações de saúde constituem, na verdade, estratégias que têm produzido resultados altamente positivos na redução da morbimortalidade infantil de muitos países pobres da América Latina, África e Ásia^(2,3). Neste contexto, a prática do aleitamento materno exclusivo, por seis meses, tem se revelado importante estratégia para reduzir a morbimortalidade infantil⁽⁴⁻¹¹⁾. Particulariza-se, no caso do Brasil, o estudo de coorte de Victora et al.⁽¹²⁾, evidenciando que o aleitamento materno diminuía o risco de mortes por diarreias, infecções respiratórias agudas e outros agravos infecciosos, na cidade de Pelotas.

Mesmo sendo sobejamente conhecidas as inúmeras vantagens do uso do leite humano na alimentação infantil, essencial para a sobrevivência das crianças pobres de regiões subdesenvolvidas, a prática do aleitamento materno ainda está longe de alcançar os objetivos estabelecidos, em escala mundial e nacional.

Na década de 90 foram realizadas duas pesquisas de base populacional no Estado de Pernambuco, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e nutrição da população. Entre as finalidades destes dois estudos figurava a análise do perfil do aleitamento materno e das causas do desmame. Na primeira pesquisa, realizada em 1991⁽¹³⁾, evidenciou-se que o

aleitamento exclusivo era pouco comum, praticado em apenas 22% das crianças pesquisadas no 1º mês, e em 1,8%, aos seis meses de vida.

A II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição¹⁴, realizada em 1997, nos mesmos municípios, e utilizando a mesma metodologia da pesquisa anterior, encontrou um quadro semelhante (aleitamento materno exclusivo de 20,8%, no 1º mês, e 1,9%, no 6º mês), embora tenha sido detectado um aumento na mediana do aleitamento materno, de 89 dias, em 1991, para 106 dias, em 1997, em crianças com idade inferior a cinco anos. A Região Metropolitana do Recife tinha uma mediana de 123,6 dias, o que provavelmente contribuiu para este incremento, devido à implantação da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), em cinco grandes hospitais da área. Esta situação favorável também foi detectada em recente pesquisa, realizada em 1999, constatando aumento na duração do aleitamento materno para 196,8 dias; contudo, a prática da amamentação exclusiva não acompanhou esta tendência, permanecendo com valores extremamente baixos (6,8 dias)⁽¹⁵⁾. No interior do Estado, em que se concentra aproximadamente 60% de sua população, este quadro é ainda mais dramático, devido ao reduzido número de maternidades com o título de Hospital Amigo da Criança, e que, portanto, executam as práticas hospitalares que promovem a amamentação.

Resultados do estudo sobre determinantes do aleitamento materno, realizado nas áreas urbanas de quatro cidades do Estado de Pernambuco, revelaram também um elevado percentual de desmame precoce, desde que, com um mês de vida, 58% das mães já tinham introduzido leite artificial e, aos quatro meses, apenas 16% das crianças não faziam uso de fórmulas lácteas. Os principais fatores de risco para a introdução da mamadeira, no primeiro mês de vida, estavam diretamente relacionados ao não estabelecimento da amamentação ao seio, na maternidade, à utilização precoce de bicos, e a dificuldades em iniciar a lactação. Por ocasião do nascimento, 91% das mães já tinham adquirido chupetas e mamadeiras, fato que evidencia um arraigado apego aos

costumes, fruto de uma conduta cultural bem estabelecida. Um outro fator de risco para o desmame precoce é o nível educacional materno: quanto mais baixo o grau de escolaridade das mães, mais cedo era introduzida a mamadeira⁽¹⁶⁾.

Coutinho & Lira⁽¹⁷⁾ avaliaram o treinamento dos profissionais, em duas maternidades na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, em 2001, com base nos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, observando impacto no estabelecimento da lactação, porém, pouco efetivo no aumento da prática da amamentação exclusiva até seis meses de vida. Estes resultados apontam para a necessidade de apoio domiciliar, no período pós-natal, para aumentar a duração do aleitamento materno exclusivo.

Estudos de intervenção utilizando visitas domiciliares, com apoio e incentivo à amamentação, após o parto, demonstraram aumento na duração do aleitamento materno⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Em recente revisão sistemática do grupo Cochrane, ao avaliar vinte estudos randomizados, ou quase randomizados, em dez países, foi constatado o efeito benéfico do apoio profissional na duração do aleitamento, até dois meses, porém o impacto sobre a amamentação exclusiva é incerto. A pesquisa sugere o oferecimento de apoio suplementar às mães, como parte da rotina dos serviços de saúde. Por outro lado, o apoio de não profissionais de saúde foi efetivo na promoção da prática da amamentação exclusiva, enquanto seu efeito na duração do aleitamento ainda não foi bem esclarecido. O grupo sugeriu a realização de novas pesquisas, especificamente desenvolvidas para avaliar o efeito do apoio de não profissionais em promover o aleitamento materno exclusivo⁽²¹⁾.

As intervenções mais efetivas, após o parto, para aumentar a duração da amamentação exclusiva, geralmente estão ligadas ao apoio oferecido à mãe, através de contato freqüente, face a face, com a pessoa

responsável por esta atividade. Este tipo de estratégia reforça as ações educativas desenvolvidas no pré-natal e na maternidade, favorecendo a prática do aleitamento materno exclusivo^(21,22).

Conhecendo-se a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde infantil e com base nos aspectos abordados anteriormente, foi elaborado um estudo de intervenção para estímulo e apoio ao aleitamento materno exclusivo, através de visitas domiciliares, no período pós-natal, visando introduzir mudanças na prática da amamentação, nos primeiros seis meses de vida.

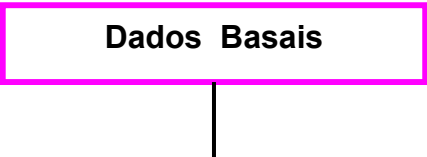
CASUÍSTICA e MÉTODOS

Local do estudo

O estudo foi realizado nas cidades dos Palmares, Água Preta, Catende e Joaquim Nabuco, localizadas a 120 Km da cidade do Recife, na Mata Meridional do Estado de Pernambuco, com uma população total de aproximadamente 132.000 habitantes. A produção e industrialização da cana de açúcar é a principal atividade econômica da área. De acordo com o último censo demográfico²³, 75% das famílias tinham renda inferior a um salário mínimo mensal e o analfabetismo, entre as mulheres, era de 26%. A mortalidade infantil estimada é alta, 76,5 por 1000 nascidos vivos, tendo como principais causas de morte preveníveis, no 1º ano de vida, as doenças diarreicas e a pneumonia, sendo a desnutrição uma importante causa associada²⁴. O Serviço Público de Saúde, na cidade dos Palmares, dispõe de um hospital regional da Secretaria Estadual de Saúde (SES), com 30 leitos para maternidade, no momento desativada, em reforma, e de duas maternidades (uma com 15 leitos, realizando cerca de 60 partos mensais, e outra com 21 leitos e uma média de 200 partos por mês), conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS). Nenhuma das instituições tem o título de Hospital Amigo da Criança.

Desenho do estudo

Estudo de intervenção de base comunitária, randomizado, controlado para intervenção em aleitamento materno, através de visitas domiciliárias, no período pós-natal (Figura 1).



Dados Basais

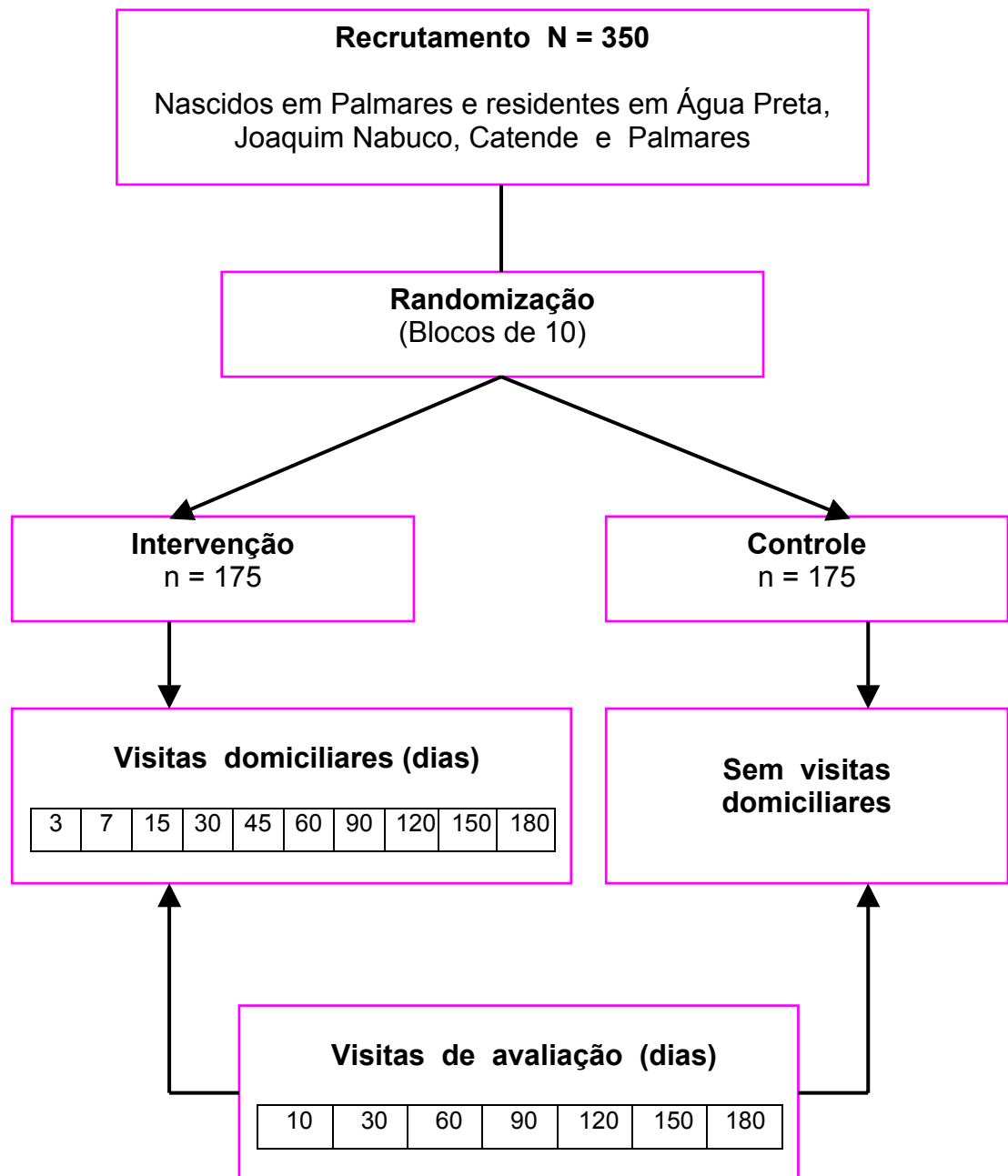


Figura 1. Desenho do estudo

Cálculo e randomização da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerada uma proporção de 10% das crianças em aleitamento materno exclusivo, no grupo controle, ao término do 1º mês de vida, tomando-se como base o estudo realizado na área, anteriormente¹⁶. Para o grupo de intervenção foi estimada uma proporção mínima de 20% de crianças com aleitamento materno exclusivo, para o mesmo intervalo de tempo. Adotando-se um “power” de 90% e um nível de significância de 5%, foi estimado um total de 150 crianças em cada grupo, acrescido de 25 crianças, levando-se em consideração as possíveis perdas (15%) no acompanhamento⁽²⁵⁾. A amostra final ficou definida em duplas de 350 mães e crianças, sendo randomizadas em 175 duplas, integrantes do grupo de intervenção, e 175 do grupo controle.

O processo de randomização foi conduzido em blocos de dez duplas (mães e bebês), por cidade, sendo utilizada a tábua de números randômicos do programa EpiTable, do software EPI-INFO 6.04. Os códigos que definiram qual o grupo a que pertenceriam as mães recrutadas (intervenção ou controle) eram colocados em envelopes selados por um dos pesquisadores e, após o recrutamento, eram abertos pela assistente de pesquisa, que registrava as mães, obedecendo a seqüência dos envelopes sorteados.

CrITÉRIOS de inclusão: as mães deveriam residir em área urbana das cidades de Água Preta, Palmares, Catende e Joaquim Nabuco, e não pretenderem mudar de cidade nos seis meses seguintes ao recrutamento.

CrITÉRIOS de exclusão: residentes em áreas rurais dos municípios mencionados, mães portadoras de patologias graves, doenças mentais, com recém-nascidos gêmeos, portadores de doenças neonatais graves e/ou malformações congênitas e anomalias cromossômicas.

Definições utilizadas²⁶

Aleitamento materno exclusivo - uso do leite materno diretamente da mama ou extraído, sem a utilização de nenhum outro líquido, como água, chá, suco ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno diretamente do seio ou extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.

Outro leite - definido como qualquer tipo de leite que não seja o materno.

OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

Um mês antes de iniciar o estudo, foram realizados dois treinamentos para os profissionais de saúde e pessoal de apoio, visando melhorar as práticas do aleitamento materno. Participaram dos treinamentos 90% das parteiras e auxiliares de enfermagem das duas maternidades. Os médicos não participaram. O treinamento teve por base o conteúdo programático do curso “Manejo do Aleitamento Materno num Hospital Amigo da Criança”⁽²⁷⁾, com 18 horas/aula, acrescidas de 2 horas abordando tópicos do “Curso de Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento”⁽²⁸⁾. Aos gestores, foram oferecidas cópias das normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno, do UNICEF, modelos de panfletos educativos para serem distribuídos às mães, fita de vídeo sobre o manejo da lactação, do Ministério da Saúde, e cartazes sobre amamentação.

Após os treinamentos, esperava-se que todas as genitoras deveriam receber apoio, orientação e incentivo ao aleitamento, por parte das equipes de saúde anteriormente treinadas, para iniciar e manter a amamentação durante o período em que estivessem internadas nas maternidades. Estas atividades constavam de:

- a) favorecer o contato precoce mãe/filho na sala de parto (na primeira meia hora de vida), ajudar a colocar a criança junto ao corpo de sua mãe e, se possível, iniciar o aleitamento ao seio,
- b) palestras diárias sobre aleitamento materno, apresentação de um vídeo educativo e esclarecimento das dúvidas sobre a amamentação,
- c) apoio no alojamento conjunto e na técnica correta da alimentação ao seio,
- d) orientação para retorno, após a alta hospitalar, no caso de dificuldade com o aleitamento materno.

Equipe do Projeto: constituída por um supervisor geral, uma coordenadora, ambos pediatras e professores da UFPE, uma nutricionista e uma enfermeira, responsáveis pelo recrutamento nas maternidades. As visitas de estímulo e apoio ao aleitamento materno eram realizadas por cinco visitadoras domiciliares, mulheres da comunidade, com treinamento em aleitamento materno. A equipe de avaliação era composta por uma supervisora de campo, duas assistentes de pesquisa; após o recrutamento, eram auxiliadas pela nutricionista e pela enfermeira. Também faziam parte da equipe duas digitadoras.

Treinamento: toda a equipe participou do treinamento de 18 horas da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”⁽²⁷⁾, acrescido de 2 horas de “Aconselhamento em amamentação: um curso em treinamento”⁽²⁸⁾, junto com os profissionais de saúde das maternidades.

Visitadoras domiciliares: foi realizado um reforço do treinamento anterior, associando temas sobre aconselhamento em amamentação, como apoiar, estimular, prevenir e tratar as dificuldades precoces e tardias em aleitamento materno. Foi utilizada uma cartilha com ilustrações, escrita em linguagem simples, abordando assuntos programados para cada visita, de acordo com a época da lactação. A cartilha foi especialmente elaborada para orientar o manejo e estimular a manutenção da amamentação exclusiva, durante os seis primeiros meses de

vida. Durante os cursos, houve distribuição de material impresso, com orientações sobre amamentação, e cópias dos livros: “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno – o papel dos serviços de saúde materno-infantis”, publicado pela OMS, em 1989, e “Como ajudar as mães a amamentar”, de autoria de Savage King, publicado pelo Ministério da Saúde, em 1998.

Assistentes de pesquisa: foram treinadas uma nutricionista e uma enfermeira no preenchimento dos questionários e formulários utilizados nas maternidades, durante o recrutamento, a fim de coletar os dados sócio-demográficos da família, dados relativos ao filho anterior, sua história de amamentação, informações sobre o conhecimento e as orientações adquiridas durante o pré-natal da gravidez atual (Anexo B). As profissionais foram treinadas para avaliar a idade gestacional do recém-nascido, pelo método de Capurro et al.⁽²⁹⁾

Avaliadoras: treinadas no preenchimento de formulários e questionários de avaliação da intervenção, durante as visitas domiciliares, sobre a prática do aleitamento materno, o uso de chupetas e mamadeiras durante os primeiros seis meses de vida (Anexo B).

Supervisoras de campo: participaram de todas as etapas do treinamento da equipe do projeto e tinham sob sua responsabilidade conferir a locação das crianças nos grupos de estudo (intervenção e controle) e a revisão dos formulários e questionários, antes de serem encaminhados para digitação.

Projeto Piloto – desenvolvido no mês de fevereiro do ano de 2001, sendo recrutadas 30 duplas de mães e recém-nascidos, com a finalidade de avaliar todas as etapas do projeto de intervenção, identificando possíveis problemas, tanto em sua execução, como em relação ao conteúdo dos instrumentos de coleta de dados, possibilitando fazer os ajustes necessários.

Execução do projeto de intervenção

O projeto foi desenvolvido no período de março de 2001 a fevereiro de 2002.

Recrutamento

O recrutamento ocorreu nas duas maternidades em funcionamento na cidade dos Palmares, durante o período de março a agosto de 2001. As referidas maternidades atendem a maioria dos partos ocorridos nos municípios vizinhos, participantes do estudo. As mães eram informadas sobre o projeto e convidadas a participar. Após terem concordado e a aceitação formal (consentimento informado), iniciou-se o processo de recrutamento. As assistentes de pesquisa realizavam as entrevistas, nas primeiras 24-48 horas após o parto, examinavam os recém-nascidos, nas primeiras 24 horas de vida, e avaliavam a idade gestacional, através do método de Capurro et al.⁽²⁹⁾

Dentre as 384 mães convidadas, 34 se recusaram a participar. Com relação a características sócio-demográficas (idade, escolaridade, paridade e peso do recém-nascido), as mesmas não diferiram das mães selecionadas. Os motivos alegados para não participar foram: prefere o agente comunitário (15), não tem interesse (9), sai muito para a área rural (5), trabalha fora de casa (2), não informado (3).

Das 350 mães participantes do estudo, 175, do grupo de intervenção, receberam estímulo ao aleitamento materno, em dez visitas domiciliares, durante os seis primeiros meses de vida do bebê, além do apoio oferecido nas maternidades. As 175 mães integrantes do grupo controle receberam apenas o estímulo das profissionais de saúde, durante sua permanência nas maternidades. Do total de duplas (mães e crianças) recrutadas, 60% residiam em Palmares e aproximadamente 14% nas outras cidades.

Visitas domiciliares: abordavam temas de interesse para a nutriz, de acordo com o período de lactação, com o objetivo de manter o aleitamento. A seqüência dos temas da cartilha poderia ser alterada, caso a mãe solicitasse. Durante o primeiro mês, foram realizadas quatro visitas: no 3º dia após a alta, no 7º, 15º e 30º dias de vida da criança; no 2º mês, duas visitas, com intervalo de 15 dias e, a partir do 3º mês, o acompanhamento foi mensal, até o fim do 1º semestre de vida. Nas visitas, eram também observados o ambiente domiciliar e o contexto familiar. Cada visita teve a duração média de 30 minutos, sendo as iniciais de maior duração. Caso a mãe apresentasse alguma dificuldade com o aleitamento, durante o intervalo das visitas domiciliares, era orientada a procurar uma pessoa referenciada, na maternidade, para orientá-la. Na ocorrência de desmame total, a visitadora fazia uma visita extra, na tentativa de retornar ao aleitamento materno. No caso da decisão materna em não mais amamentar, as visitas eram suspensas e a mãe orientada a procurar um serviço de saúde, para o acompanhamento da criança. Por ocasião da última visita (aos 6 meses), a mãe recebia orientação para a dieta do desmame e era estimulada a manter o aleitamento materno até, no mínimo, os dois anos.

Orientações comuns a todas as visitas domiciliares

Nas visitas domiciliares, foram avaliados: a posição e pega ao seio, fluxo de leite, satisfação do bebê, ambiente familiar com relação à amamentação, apoio da família. Em todas as visitas era enfatizado o estímulo ao aleitamento materno exclusivo, durante os seis primeiros meses de vida (sem água, chá, suco ou outros alimentos). Eram também esclarecidas as dúvidas, fornecida ajuda nas dificuldades da amamentação e orientação quanto a não usar mamadeiras, chupetas e outros alimentos. No caso de surgirem complicações, ocasionadas pela aplicação incorreta da técnica da amamentação, que as visitadoras não pudessem resolver, as mães eram encaminhadas para tratamento especializado. Nestas visitas, era

sempre lembrada a importância do apoio dos familiares nas tarefas domésticas, durante o período do aleitamento materno.

Orientações especiais, de acordo com o tempo de lactação

Durante as visitas domiciliares, as visitadoras ofereciam apoio e orientações sobre os mais diversos tópicos, relacionados à vida do bebê e à amamentação nos seis primeiros meses de vida e ao interesse ou problemas vividos pelas mães, no período.

1ª visita (3º dia): importância do colostro, características e número de evacuações, prevenção de cólicas do bebê, cuidados com a mama, estímulo da amamentação sob livre demanda, como prevenir mamilos doloridos, fissuras e ingurgitamento, como fazer a ordenha manual e utilizar a ordenhadeira manual. Eram também oferecidas explicações sobre a ocorrência da contração uterina.

2ª visita (7º dia): anatomia e fisiologia da mama, seu esvaziamento completo para evitar ingurgitamento, bloqueio de ductos e abscessos mamários, importância do leite posterior para a nutrição do bebê. Estimular as mamadas noturnas, reforçar a importância do leite materno na saúde materna e infantil, custos com a alimentação artificial e prejuízos para a saúde da criança. Causas de choro do bebê. Importância do apoio familiar, permitindo o descanso da nutriz.

3ª visita (15º dia): dieta materna, situações em que o bebê recusa o peito, importância da sucção por prazer.

4ª visita (30º dia): amamentação como método contraceptivo (método lactação amenorréia), restabelecimento das relações sexuais, reforço às mamadas noturnas, importância de não introduzir outros

alimentos para o bebê, reavaliar, junto com a mãe, o crescimento e desenvolvimento da criança.

5ª visita (45º dia): explicar, para as mães que trabalham ou estudam, como manter a amamentação, como alimentar o bebê através de copo ou colher com leite materno ordenhado, no caso de sua ausência, como conservar e armazenar o leite, quando necessário.

Visitas mensais subsequentes: além de orientação nas dificuldades com a amamentação, tinham o objetivo de enfatizar a importância da alimentação exclusiva ao seio.

Visitas de avaliação

Foram realizadas sete visitas domiciliares de avaliação para cada mãe e bebê, três a cinco dias após as visitas de estímulo e apoio ao aleitamento materno, no grupo de intervenção, e em período correspondente, no grupo controle, explorando aspectos relativos à prática do aleitamento materno, uso de água, chá, líquidos e outros leites, chupetas e mamadeiras. A primeira visita foi realizada aos dez dias, após o parto, e as demais mensalmente, até o sexto mês de vida do bebê. O calendário das visitas de avaliação está referenciado no fluxograma do desenho do estudo (Figura 1).

ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários foram revisados diariamente e realizada a dupla entrada de dados, utilizando o software EPI-INFO, versão 6,04 (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA). Semanalmente, era realizada a validação da digitação. Para a análise dos dados, foi feita a distribuição de frequências e medidas de tendência central. Para variáveis

dicotômicas, foi utilizado o teste do qui quadrado, (Yates corrigido), com nível de significância de 5%.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco. Ao serem identificados problemas de saúde ou relacionados à prática da amamentação, durante as visitas domiciliares de avaliação, as mães do grupo controle eram orientadas a procurar o serviço de saúde.

RESULTADOS

Características da população estudada

A população estudada era constituída, em sua maioria, por famílias de baixa renda, cerca de 60% recebia menos de meio salário mínimo mensal per capita, 89,1% dispunha de abastecimento d'água e apenas 60,3% tinha geladeira. Cerca de 25% dos pais e mães não sabiam ler ou liam com dificuldade.

Entre as mães participantes do estudo, 33,1% tinham menos de 20 anos, 38,3% eram primíparas, menos da metade das mães recebeu orientação para amamentar, apesar da grande maioria ter realizado o pré-natal.

Foi constatada alta prevalência de parto cirúrgico (28,6%), considerando que as duas maternidades são classificadas como de baixo risco. O baixo peso ao nascer ocorreu em 4,6% dos recém-nascidos.

A comparação entre as variáveis e os grupos de estudo, através do teste do qui quadrado, mostrou distribuição semelhante, indicando que o processo de randomização em blocos de dez foi efetivo (Tabela 1).

Perdas durante o acompanhamento

Entre as 350 duplas mãe/filho selecionadas para o estudo, ocorreram 20 (5,7%) perdas no final do sexto mês de acompanhamento, sendo 6 (1,7%) no grupo de intervenção, e 14 (4%) no grupo controle. Não foram observadas diferenças, entre as variáveis estudadas, com relação às duplas mãe e bebê acompanhadas durante seis meses, e as perdas. Dezoito perdas foram devidas a mudança do município de residência, uma por malformação congênita, diagnosticada posteriormente ao recrutamento, e uma devido à morte súbita do bebê.

Tabela 1. Características da população estudada

VARIÁVEIS	Total n=350 %	Intervenção n=175 %	Controle n=175 %	p
Renda per capita*				
< 0,5 salário mínimo	59,8	61,2	58,3	0,97
Abastecimento de água	89,1	90,3	88,0	0,77
Geladeira	60,3	62,3	58,3	0,51
Alfabetização paterna**				
Não lê ou lê com dificuldade	25,3	25,5	25,0	1,00
Alfabetização materna				
Não lê ou lê com dificuldade	23,5	24,5	22,4	0,73
Idade materna				
< 20 anos	33,1	29,7	36,6	0,33
20-24 anos	37,1	37,7	36,5	
25 e + anos	29,8	32,6	26,9	
Primíparas	38,3	36,6	40,0	0,58
Não vive com o pai do bebê	16,0	13,7	18,3	0,31
Não realizou pré-natal	6,3	7,0	5,5	0,74
Orientação sobre aleitamento	45,9	43,8	45,7	0,53
Parto cesariano	28,6	29,7	27,4	0,72
Peso ao nascer (média e dp)	3203 (0,44)	3186 (0,44)	3220 (0,44)	0,52
Baixo peso ao nascer (< 2500g)	4,6	4,0	5,1	0,79

* 58 casos sem informação (26 no grupo de intervenção e 32 no grupo controle)

** 14 casos sem informação (7 no grupo de intervenção e 7 no grupo controle).

Impacto da intervenção sobre o aleitamento materno e o aleitamento materno exclusivo

Foram realizadas 1.566 visitas domiciliares de estímulo ao aleitamento materno, no grupo de intervenção. Nos dois grupos, foram realizadas 2.348 visitas domiciliares de avaliação, durante o período de acompanhamento.

Os dados da tabela 2 mostram que, no grupo de intervenção, houve um aumento estatisticamente significativo na prevalência do aleitamento materno exclusivo, durante os 6 primeiros meses de vida, quando comparado com o grupo controle ($p < 0,001$).

No 30º dia, 66,1% das crianças integrantes do grupo de intervenção permaneciam se alimentando exclusivamente com leite materno, enquanto, no grupo controle, esta prática era de apenas 15,5%. A prevalência do aleitamento materno exclusivo, aos 6 meses de vida, no grupo de intervenção (23,7%), foi 7,6 vezes maior, quando comparada com o grupo controle (3,1%).

A prática do aleitamento materno associado a outros alimentos também foi maior no grupo de intervenção que no controle, durante os seis primeiros meses de vida. A partir do 4º mês, a diferença para o grupo de intervenção foi de 1,5 vezes maior do que o grupo controle. No término do acompanhamento 56,2% das crianças estavam sendo amamentadas no grupo de intervenção e 38,5% no grupo controle.

Tabela 2. Aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno nos grupos de intervenção e controle

Aleitamento materno exclusivo (dias)	Grupo de Intervenção		Grupo Controle		p
	n	%	n	%	
10	174	71,8	175	30,3	<0,001
30	174	66,1	168	15,5	<0,001
60	171	50,3	167	16,8	<0,001
90	167	43,7	166	10,2	<0,001
120	166	33,1	164	9,1	<0,001
150	166	27,7	160	5,6	<0,001
180	169	23,7	161	3,1	<0,001
Aleitamento materno (dias)					
10	174	98,9	175	93,7	0,02
30	174	96,0	168	84,5	<0,001
60	171	87,1	167	69,5	<0,001
90	167	76,0	166	57,8	<0,001
120	166	72,9	164	47,6	<0,001
150	166	61,4	160	38,1	<0,001
180	169	56,2	161	38,5	<0,001

Impacto da intervenção sobre o uso de água e chá

O uso de água foi reduzido, entre as crianças integrantes do grupo de intervenção, durante os seis primeiros meses de vida (12,1%, aos 10 dias, e 53,8%, no 6º mês), quando comparadas com as crianças do grupo controle (50,9%, aos 10 dias, e 83,2%, no 6º mês, respectivamente).

A prática do uso do chá, nas crianças do grupo de intervenção, foi menor que nas do grupo controle, durante todo o período estudado. O impacto foi maior nos primeiros quatro meses de vida (Tabela 3).

Tabela 3 - Uso de água e chá no grupo de intervenção e no grupo controle

Água	Grupo de Intervenção		Grupo Controle		p
	n	%	n	%	
10	174	12,1	175	50,9	<0,001
30	174	24,1	168	68,5	<0,001
60	171	36,8	167	76,6	<0,001
90	167	43,7	166	83,1	<0,001
120	166	50,6	164	81,1	<0,001
150	166	57,2	160	81,3	<0,001
180	169	53,8	161	83,2	<0,001
Chá (dias)					
10	174	16,7	175	56,0	<0,001
30	174	14,9	168	49,4	<0,001
60	171	10,5	167	36,5	<0,001
90	167	6,0	166	23,5	<0,001
120	166	6,0	164	22,0	<0,001
150	166	10,2	160	15,0	<0,001
180	169	4,7	161	13,0	<0,001

Impacto sobre o uso de mamadeiras e chupetas

A intervenção foi efetiva em reduzir a utilização de chupetas e mamadeiras, no grupo que recebeu as visitas domiciliares durante todo o período do estudo.

Aos 10 dias de vida, 35,1% das crianças usavam chupetas, no grupo de intervenção, em comparação com 65,7%, no grupo controle; com seis meses, as proporções eram 53,3% e 72%, respectivamente (Tabela 4).

O uso de mamadeiras, no grupo controle, foi elevado. Aos 10 dias de vida, 77,7% dos bebês já as utilizavam, comparados com 33,9%, no

grupo de intervenção. Estas proporções foram, respectivamente, 90,1% (controle) e 65,1% (intervenção), no 6º mês de vida (Tabela 4).

Tabela 4 – Uso de chupetas e mamadeiras nos grupos de intervenção e controle

Chupetas (dias)	Grupo de Intervenção		Grupo Controle		p
	n	%	n	%	
10	174	35,1	175	65,7	<0,001
30	174	43,7	168	71,4	<0,001
60	171	49,1	167	73,1	<0,001
90	167	48,5	166	75,3	<0,001
120	166	53,0	164	73,8	<0,001
150	166	53,0	160	70,6	<0,001
180	169	53,3	161	72,0	<0,001
Mamadeiras (dias)					
10	174	33,9	175	77,7	<0,001
30	174	37,9	168	83,3	<0,001
60	171	52,6	167	84,4	<0,001
90	167	53,9	166	90,4	<0,001
120	166	60,8	164	90,2	<0,001
150	166	66,9	160	90,0	<0,001
180	169	65,1	161	90,1	<0,001

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a intervenção, através das visitas domiciliares realizadas por mulheres da comunidade, no período pós-natal, foi efetiva em melhorar a prática da amamentação, o aleitamento materno exclusivo, reduzir e retardar a introdução de água, chá, chupetas e mamadeiras.

Na área do estudo, mais de 90% das mulheres amamentam seus filhos aos dez dias de vida, contudo, oferecem outros alimentos precocemente, através de mamadeiras^{16,17}. A intervenção aumentou a prática do aleitamento materno aos seis meses, para 56%, ultrapassando a meta estabelecida pela Conferência "Saúde para Todos no Ano 2000", que definia, como desejável, que, "pelo menos 50% das mães amamentassem seus filhos até cinco ou seis meses"⁹. Em estudo realizado anteriormente, na região, a mediana do aleitamento materno foi de zero dias¹⁶. Após a intervenção, houve melhora substancial desta prática e, aos seis meses após o parto, 23,7% das mães do grupo de intervenção amamentavam seus filhos exclusivamente ao seio, 7,6 vezes mais que as do grupo controle.

Inúmeras intervenções podem promover o aleitamento materno. Nas unidades hospitalares as intervenções desempenham importante papel na promoção do aleitamento materno e, neste contexto, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) vem ampliando sua abrangência, nos últimos 10 anos, em nosso país³⁰. Contudo, o tempo de permanência das puérperas nas maternidades brasileiras é muito curto, e na maior parte a alta é precoce, 24 a 48 horas após o parto.

Estudo realizado em duas maternidades na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, em 2001¹⁷, para avaliar o impacto do treinamento, com base nos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, revelou aumento no início da lactação, entre as puérperas, porém,

pouco efetivo em promover maior duração da amamentação exclusiva até seis meses. Estes resultados apontam a necessidade de apoio domiciliar para incentivar a amamentação. Mesmo que, durante o internamento, as mães tenham recebido o apoio e a orientação necessários para iniciar a amamentação exclusiva, nem sempre esta prática se estabeleceu. Assim, ao voltar para casa, as puérperas necessitam de apoio para o manejo da amamentação¹⁷. Ocorre, também, muitas vezes, que o apoio oferecido por uma pessoa da própria comunidade facilita o entendimento de tabus e problemas culturais diretamente relacionados à alimentação ao seio materno.

Outra estratégia adotada para aumentar a duração da prática do aleitamento materno consiste no estímulo precoce, realizado por profissionais de saúde. Estudo realizado em Pelotas, com visitas domiciliares aos 5, 10 e 20 dias após o nascimento, por assistentes sociais ou nutricionistas, constatou aumento na mediana do aleitamento (120 dias no grupo de intervenção, contra 105 dias, no grupo controle)¹⁹. Os centros de lactação também podem ser efetivos na promoção da prática da amamentação³¹. Entretanto, grande parte das mulheres só procuram atendimento profissional, nestes centros, quando já iniciaram o processo de desmame.

Revisão sistemática avaliando intervenções, nos períodos pré e pós-natal, sobre a duração do aleitamento materno, mostrou que as mais efetivas combinaram uso de guia, apoio freqüente e duradouro e visitas domiciliares, para identificar os problemas relacionados à amamentação, no período pós-natal²². Resultados semelhantes foram encontrados na revisão sistemática feita pelo grupo Cochrane²¹. Ambas ressaltam a importância do contato direto, face a face, entre a mãe e a pessoa que oferece apoio.

No presente estudo foram selecionadas, como visitadoras domiciliares, mulheres da comunidade, sem experiência pessoal em amamentação (exceto uma delas, com experiência negativa). Após

receberem treinamento especializado em aleitamento materno, foram consideradas aptas para o exercício da função.

A estratégia de iniciar precocemente as visitas domiciliares (no 3º dia), concentrando-as no 1º mês de vida (com um total de quatro visitas), teve como objetivo estimular o aleitamento materno exclusivo, evitando a introdução precoce de água e chá, hábito muito comum na região do estudo, segundo dados publicados anteriormente¹⁶, bem como prevenir a ocorrência de dificuldades no manejo da amamentação. A manutenção das visitas mensais, até o 6º mês, foi programada para manter o apoio à amamentação exclusiva ao seio.

Outra estratégia para aumentar a duração do aleitamento materno no período pós-natal consiste no apoio de grupo de mães treinadas na prática da amamentação. Estudo realizado no Canadá demonstrou que 81,1% das mulheres, no grupo de intervenção, amamentavam aos três meses, enquanto, no grupo controle, apenas 66,9% das mulheres o faziam. O aleitamento exclusivo foi maior no grupo de intervenção (56,8%), que no grupo controle (40,3%)³².

Estudo randomizado e controlado, no México, demonstrou aumento na prática do aleitamento materno exclusivo, ao serem mantidos contatos precoces e repetidos com mães orientadoras da comunidade³³.

O presente estudo conseguiu reduzir e retardar a utilização da água e chá, no grupo de intervenção. Na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, o chá é usado, nos primeiros dias de vida, para “limpar o intestino do bebê”, ou “enquanto o leite de peito chega” e a água é utilizada para “matar a sede”. Na grande maioria dos casos, a administração destes líquidos ao recém-nascido é feita através de “chuquinhas” ou mamadeiras, podendo interferir no adequado estabelecimento da lactação, levando à confusão dos bicos, diminuindo a produção de leite materno e favorecendo a introdução de outro leite. Um risco adicional da oferta de água e chá é a

contaminação destes líquidos ou dos utensílios utilizados, principalmente por se tratar de uma população carente, sem o nível de conhecimento e as condições econômicas necessárias à manipulação higiênica dos materiais usados nesta prática.

Estudo realizado em Honduras revelou efeitos negativos do uso de líquidos pré-lácteos sobre o aleitamento materno exclusivo. A utilização de água, chá e sucos, nos primeiros dias após o parto, até mesmo antes de oferecer o peito, pode levar a problemas sérios com a apojadura³⁴.

O hábito de usar chupetas é muito difundido, entre as mães brasileiras, e muitas o consideram natural, até benéfico para o bebê, e símbolo de status social. Uma grande parcela dos profissionais de saúde tem uma atitude indiferente ou permissiva, com relação à utilização da chupeta. Estudo realizado nas capitais brasileiras revela que 52,9% das crianças usam chupetas e, no Recife, a prevalência é de 60,3%¹⁵. Na região deste estudo, 91% das mães já tinham adquirido chupetas e mamadeiras, ao chegarem à maternidade¹⁶.

Não obstante sua ampla aceitação e difusão, o uso de chupetas é inapropriado, acarretando sérios prejuízos à saúde infantil, podendo reduzir a duração do aleitamento materno³⁵. Alguns autores o consideram um marcador para o desmame, podendo contribuir para o desmame precoce, em mulheres ansiosas, com dificuldades em amamentar^{36,37}.

Os resultados deste estudo mostram que a intervenção foi efetiva em reduzir o uso de chupetas, no grupo de intervenção, durante os seis primeiros meses de vida. Contudo, o comportamento, nos dois grupos em estudo, foi semelhante, no que diz respeito à estabilização da prevalência no uso de chupetas, que neste caso ocorreu em torno do segundo mês de vida.

Mamadeiras são muito utilizadas na Zona da Mata Meridional de Pernambuco. As mães as adquirem durante a gravidez, considerando-as parte do enxoval da criança que ainda vai nascer, por acreditar que, em algum momento após o nascimento, vão ser necessárias para administrar líquidos ou outro leite para o bebê.

No grupo controle, a utilização de mamadeiras foi muito elevada (77%, aos 10 dias, e em torno de 90%, a partir do 3º mês de vida). O uso precoce das mamadeiras interfere no correto estabelecimento da lactação, devido à confusão dos bicos, menor estímulo das mamas; como consequência, leva à diminuição da produção do leite materno, perda da confiança da mulher na sua capacidade de amamentar, favorecendo a introdução do leite artificial e o desmame precoce.

Estudo de coorte, no sul do Brasil, sobre as práticas do aleitamento materno, nos primeiros seis meses de vida, demonstrou que o uso de suplementos oferecidos em mamadeiras foi um fator de risco para o desmame precoce³⁸. Na Suécia, estudo prospectivo encontrou dados semelhantes³⁹.

Os efeitos danosos do uso da mamadeira para administração de água, chá, suco ou fórmulas lácteas refletem na saúde infantil. Além da contaminação do próprio utensílio, o tipo de sucção da mamadeira prejudica o correto desenvolvimento da musculatura orofacial, deformando e malformando as estruturas da boca e face, levando a alterações funcionais comuns na síndrome do respirador bucal⁴⁰.

As fórmulas lácteas, por melhor elaboradas que sejam, ainda não conseguiram adequar satisfatoriamente a proporção e a biodisponibilidade dos nutrientes às necessidades variáveis da criança em desenvolvimento. Algumas desordens do sistema imune estão associadas ao uso de fórmulas lácteas: desenvolvimento de doença celíaca⁴¹, início do diabetes mellitus insulino-dependente na infância⁴², maior risco para doença

de Crohn, na vida adulta⁴³, maior risco de linfoma, em crianças menores de 15 anos⁴⁴, prejuízo na resposta dos anticorpos às vacinas orais e parenterais, quando comparado com os bebês amamentados, podendo ainda desencadear manifestações alérgicas⁶.

O uso de mamadeiras foi reduzido no grupo de intervenção, demonstrando a efetividade do programa, que poderá ser reproduzido em outras comunidades, com o objetivo de conscientizar os pais sobre os prejuízos, para a saúde infantil, decorrentes do uso destes utensílios.

CONCLUSÕES

O presente estudo, por se tratar de uma intervenção randomizada, de base comunitária, no período pós-natal, com reduzido número de perdas durante o acompanhamento, pode contribuir com uma informação científica adequada.

A elevação das prevalências do aleitamento materno, do aleitamento materno exclusivo e a redução de práticas prejudiciais à amamentação, entre as crianças do grupo de intervenção, demonstram o sucesso do programa.

Esta intervenção poderá servir de modelo para a promoção e o apoio do aleitamento materno no período pós-natal, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, visando aumentar a prática do aleitamento materno exclusivo, durante os seis primeiros meses de vida, e do aleitamento complementado em tempo oportuno até, pelo menos, dois anos de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brezhnev L. The Alma-Ata Conference on Primary Health Care. WHO Chronic, 1978; 32: 409-30.
- 2 UNICEF. World declaration on the survival, protection and development of children. Plan of action for implemeting the world declaration on the survival, protection and development of children in the 1990 s. New York; 1990.
- 3 World Bank. World development report, 1993. Investing health. World development indicators. World Bank, Washington; 1993.
- 4 De Francisco A et al. Risk factors of mortality from acute lower respiratory tract infections in young gambians children. Internat J Epidemiol 1993; 22 (6): 1174-82.
- 5 Nath DC et al. Birth spacing breast-feeding and early child mortality in a traditional Indian society: a hazard model analysis. *Soc Biol* 1994; 41 (3-4): 168-80.
- 6 Saarinenen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as profilaxis against atopic disease: a propective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995; 346: 1065-9.
- 7 Lira PIC, Ashworth A, Morris SS. Low birth weight and morbidity from diarrheas and respiratory infection in Northeast Brazil. *J Pediatr* 1996; 128: 497-504.
- 8 Hanson LA. Human milk and host defense: immediate and long-term effects. *Acta Paeditr* 1999; 88 Suppl (430): 43-6.

- 9 American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-9.
- 10 World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Note for the press (7), 2001. Disponível em: www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html.
- 11 Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library 1, 2002. Oxford: Update Software.
- 12 Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB et al. Evidence for a strong protective effect of breastfeeding against infant deaths from infections disease in Brazil. *Lancet* 1987; 3: 319-22.
- 13 I PESN/91. Crianças e adolescentes em Pernambuco: saúde, educação e trabalho. Recife: UNICEF; 1992.
- 14 II PESN/97. II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição. Recife: INAN/MS-IMIP-DN/UFPE-SES/PE; 1998.
- 15 Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal, Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 16 Marques NM, Lira PIC, Lima MC, Silva NL, Batista Filho M, Huttly SRA, Ashworth A. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001; 108: e66 Disponível em: [URL:http://pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66](http://pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66).

- 17 Coutinho SB, Lira PIC. Impacto do treinamento Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre a prática do aleitamento materno [tese]. Recife, Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
- 18 Serafino-Cross P, Donovan PR. Effectiveness of professional breastfeeding home-support. *J Nutr Educ* 1992; 24 (3) :117-21.
- 19 Barros CF, Halpem R, Victora CG, Teixeira AMB, Béria JU. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. *Rev S Públ* 1994; 28 (40): 277-83.
- 20 Alvarado R, Atalah ES, Diaz SF, Rivero VS, Labbé MD, Escudero YP. Evaluation of breastfeeding-support programme with promoters' participation. *Food Nutr Bull* 1996; 17 (1): 49-53.
- 21 Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review) in the Cochrane Library, 1, 2002 Oxford: Update Software.
- 22 Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001; 17 (4): 326-43.
- 23 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/>.
- 24 Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus, 2002. Disponível em: [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

- 25 Kirkwood BR. Essential of medical statistics. London: Blackwell Science; 1988.
- 26 World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO; 1992.
- 27 UNICEF/OMS. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança - Curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília; 1993.
- 28 UNICEF/OMS. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Brasília; 1997.
- 29 Capurro H, Konicheszky S, Fonseca D, Caldeyro-Garcia R. A simplified method for diagnosis of gestacional age in the newborn infant. J Pediatr 1978; 93: 120-22.
- 30 Lamounier JA. Experiência Hospital Amigo da Criança. Rev Ass Med Bras 1998; 44: 319-24.
- 31 Barros FC, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. Acta Paediatr 1995; 84: 1221-6.
- 32 Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. CMAJ 2002; 166 (1): 21-8.
- 33 Morrow AL, Guerreiro ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. Lancet 1999; 353: 1226-31.

- 34 Pérez-Escamilla R, Segura-Millán S, Canahuati J, Allen H. Prelacteal feeds are negatively associated with breast-feeding outcomes in Honduras. *Comm Internat Nutr* 1996; 126: 2765-73.
- 35 Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlieck EA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics* 1999; 103 (3): e33. Disponível em: www.pedialink.org.
- 36 Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet* 1993; 341: 404-6.
- 37 Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MAT, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99 (3): 445-53.
- 38 Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B. Breast-feeding among the urban poor in Southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bull World Health Org* 1989; 67 (2): 151-61.
- 39 Hörnell A, Hofvander Y, Kilberg E. Solids and formula: association with pattern and duration of breastfeeding. *Pediatrics* 2001; 107 (3): e38. Disponível em: www.pedialink.org.
- 40 Carvalho GD. SOS respirador bucal- uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo: Lovise; 2003.
- 41 Greco L. et al. Case-control study on nutritional risk factors in celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988; 7: 395-401.

- 42 Pérez-Bravo F, Carrasco E, Gutierrez-López MD, Martinez MT, López G, Garcia de Los Rios M. Genetic predisposition and environmental factors leading to the development of insulin-dependent diabetes mellitus in chilean children. *J Mol Med* 1996; 74: 105-9.
- 43 Kolezko S et al. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *Br Med J* 1989; 298 (6688): 1617-8.
- 44 Davis MK, Savitz DA, Graubard BI. Infant feeding and childhood cancer. *Lancet* 1988; 2 (8607): 365-8.

V- Conclusões gerais e Sugestões

CONCLUSÕES GERAIS E SUGESTÕES

O presente estudo teve como objetivo aumentar a prática do aleitamento materno exclusivo na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, tendo como base o diagnóstico anterior da situação precária da amamentação, na região. Foram realizadas duas intervenções. A primeira, em duas maternidades de Palmares, através de treinamento dos profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar a prática do aleitamento materno nas instituições. Foram constatadas modificações de algumas práticas; contudo, as melhorias foram insuficientes para exercer um impacto efetivo sobre a duração da amamentação. A ausência dos médicos no treinamento, o pouco interesse dos gestores em mudar as práticas hospitalares em favor da amamentação e a necessidade de maior número de treinamentos podem justificar os resultados encontrados.

A segunda intervenção, randomizada, de base comunitária, realizada através das visitas domiciliares de mulheres da comunidade, treinadas, à semelhança do agente comunitário de saúde, ofereceu apoio e estímulo ao aleitamento materno, durante os seis primeiros meses de vida da criança. Esta intervenção, com reduzido número de perdas, foi efetiva em aumentar a prevalência do aleitamento materno e exclusivo, reduzir o uso de água, chá, outro leite, bem como de chupetas e mamadeiras, durante os seis primeiros meses de vida.

A Conferência de Saúde para Todos, no ano 2000, estabeleceu, como metas, um mínimo de 75% das mulheres amamentando nos primeiros dias após o parto e, pelo menos, 50% mantendo a amamentação até o 5º ou 6º mês de vida.

Na região do estudo, a maioria das mães tem como prática amamentar seus filhos nos primeiros dias de vida. Contudo, a intervenção foi efetiva, praticamente universalizando a alimentação ao seio para as crianças do grupo de intervenção, quando comparadas com as do grupo controle, e mantendo diferenças significativas ao longo dos seis meses de acompanhamento (aos seis meses, 56%, no grupo de intervenção, e 38%, no grupo controle). Entretanto, a prática do aleitamento materno exclusivo é pouco comum, uma vez que é hábito cultural, na região, associar ao aleitamento, precocemente, chás, água, leites artificiais, com ou sem farináceos. A intervenção, com enfoque na prática da amamentação exclusiva, elevou as prevalências do aleitamento materno exclusivo durante todo o período analisado, ao ser comparado com o grupo controle. Aos seis meses, esta prática foi 7,6 vezes maior, no grupo de intervenção.

Diferentes estratégias têm sido adotadas para aumentar a duração do aleitamento materno, vital para a saúde infantil, a curto e longo prazo. Possivelmente, a combinação de intervenções no pré-natal, na maternidade, ao iniciar a lactação, complementadas por intervenções no período pós-natal, irão favorecer o melhor estabelecimento desta prática. Ao chegar em casa, pouco tempo após o parto, a mulher pode se sentir insegura e sem confiança na sua capacidade de amamentar. Pequenas dificuldades, decorrentes da falta de habilidade no manejo da lactação, muitas vezes são agravadas por familiares ou amigos que, na tentativa de ajudar, poderão contribuir para piorar a situação, oferecendo complementos para o leite materno ou orientando técnicas inadequadas para o estabelecimento satisfatório da lactação. É importante que as primeiras visitas domiciliares sejam realizadas no terceiro e sétimo dia depois do parto, considerando que se destinam a orientar sobre como contornar estes problemas, além de apoiar a puérpera em tudo que for necessário. A maior concentração das visitas nos primeiros quarenta e cinco dias após o parto teve o propósito de continuar a oferecer apoio e maior segurança à mulher, incentivando a prática do aleitamento materno exclusivo, neste período crítico para o início do desmame.

Esta ação constitui um modelo de assistência que poderá ser desenvolvida pelo agente comunitário de saúde, na qualidade de integrante da mesma comunidade das mães atendidas, servindo como elo de ligação com o serviço de saúde. Outra característica deste tipo de intervenção reside na possibilidade da visitadora identificar, no próprio contexto domiciliar, as dificuldades da nutriz junto aos seus familiares. Outra vantagem oferecida é evitar o deslocamento da puérpera para a unidade de saúde, muitas vezes distante de sua residência.

Em Pernambuco, o Programa do Agente Comunitário de Saúde está implantado, porém, desenvolvendo muitas funções e ainda sem o treinamento adequado no manejo da lactação e nas técnicas de aconselhamento em amamentação. O aspecto inovador desta intervenção consiste em diferenciar a ação do agente comunitário de saúde no período crítico do desmame, concentrando a atenção no lactente jovem, com maior número de visitas de promoção ao aleitamento materno. A intervenção realizada por estes indivíduos possivelmente aumentará a rede de apoio à amamentação.

Este estudo, por constituir uma intervenção randomizada de base comunitária, com um número reduzido de perdas durante o acompanhamento, poderá contribuir para o aprofundamento da informação científica sobre o tema e servir de modelo para aplicação em outras comunidades brasileiras, visando o aumento na duração do aleitamento materno exclusivo, durante os primeiros seis meses, e o aleitamento materno complementado em tempo oportuno até, pelo menos, dois anos de vida.

VI- Anexos

- Anexo - A*
- Anexo - B*

ANEXO - A

REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS ETAPAS DO PROJETO DE INCENTIVO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Nesta seção são apresentadas fotos relativas às várias etapas do projeto de intervenção em aleitamento materno. Na página inicial, são visualizadas fotos das cidades envolvidas e sua localização, no mapa do Estado de Pernambuco.

Segue-se a fase de treinamento dos profissionais de saúde, membros da equipe e maternidades participantes do estudo.

Na seqüência, as fotos revelam a localização, o acesso precário, além das más condições de higiene e habitação das famílias. As visitas domiciliares de estimulação ao aleitamento, as entrevistas maternas e a antropometria das crianças são mostradas durante as visitas de avaliação.

Por fim, são apresentadas quatro mães e bebês no sexto mês de vida, integrantes do grupo de intervenção, em aleitamento materno exclusivo.

SEMANA MUNDIAL DA AMAMENTAÇÃO 2001

Durante a fase de execução do Projeto, em 02 de outubro de 2001, no período da Semana Mundial da Amamentação, foi realizada uma carreata, nas ruas da cidade dos Palmares, congregando as mães e bebês integrantes do projeto, os profissionais de saúde do Hospital Regional de Palmares e Hospital Santa Rosa, agentes comunitários de saúde das quatro cidades envolvidas, Secretaria de Saúde dos Palmares, alunos dos colégios Ginásio Municipal Fernando Augusto Pinto Ribeiro e Escola Pedro Afonso de Medeiros, e equipe do projeto. As Prefeituras das cidades de Água Preta, Catende, Palmares e Joaquim Nabuco participaram da carreata, enviando ônibus para transporte das mães e seus bebês, juntamente com os agentes comunitários de suas cidades. A carreata terminou na Praça Paulo Paranhos, no centro de Palmares, com a realização de uma peça sobre amamentação, produzida pelo grupo de teatro dos agentes comunitários. Na ocasião, houve distribuição de lanches e sorteio de brindes para

as mães, oferecidos pelos comerciantes da cidade, que também participaram, com a confecção de faixas alusivas ao evento.

Projeto de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno



Local do estudo



Catende



Palmares



Água Preta



Joaquim Nabuco



Equipe do estudo



Treinamento dos profissionais e da equipe



Aula prática na maternidade



Aula prática: ordenha manual



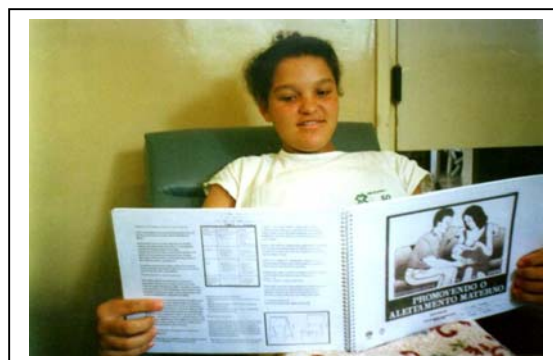
**Hospital Santa Rosa –
Palmares**



**Hospital Menino Jesus -
Palmares**



Consultora para amamentação



**Álbum seriado reduzido para
as puérperas**



Recrutamento na maternidade



Aferição do peso - RN



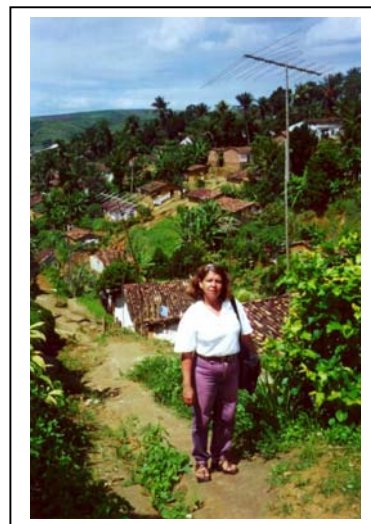
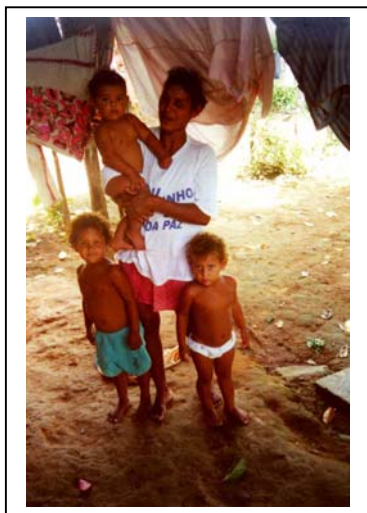
Aferição do comprimento- RN



Aferição do peso materno



Aferição da altura materna



Situação de moradia das famílias



Visitas domiciliares de apoio e estímulo ao aleitamento materno



Visita domiciliar de avaliação - entrevista



**Visita domiciliar-
Antropometria**



Visita domiciliar – Antropometria



Digitadora dos Dados



**Mães integrantes do grupo de intervenção
em aleitamento exclusivo no 6^o mês**

Semana Mundial da Amamentação – Outubro/2001



Preparação da carreata



Início da carreata



Participação dos Colégios da cidade dos Palmares



Carreata



Profissionais de saúde



Agentes comunitários



Membros da equipe



Profissionais de saúde Sta. Rosa



Carreata – Sec. Saúde Palmares



Prefeituras: Palmares, Catende, Água Preta e Joaquim Nabuco



Praça Paulo Paranhos - Palmares



Peça de teatro: Amamentação



Equipe do Projeto

PROJETO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
UFPE/LSHTM/FNS/SUDENE/SOC.PED.PE

QUESTIONÁRIO DA MATERNIDADE: RECRUTAMENTO (RECRU)

1. _____ Nome _____ da _____ Mãe: _____

2. Residência (**área urbana**): (1) Palmares
(2) Água Preta
(3) Catende
(4) Joaquim Nabuco

☐

Endereço _____

Informação _____ adicional _____ do
Endereço: _____

3. Você pretende morar nesta cidade nos próximos 6 meses? (1) Sim
(2) Não

☐

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA:

4. Data do nascimento

dia		mês		ano			

5. Hora do nascimento

hr		min	

6. Peso ao Nascer (registrado)

kg			

(EXAME DO RECÉM-NASCIDO)

7. Data do exame físico

dia		mês		ano			

8. Hora do exame físico

hr		min	

9. Peso

kg			