



Atualidades em amamentação

Atualidades em Amamentação - nº 20

O Direito à educação em aleitamento materno

Os direitos humanos fundamentais vão além do conceito de direitos políticos. O direito de crescer com a melhor saúde possível é um direito fundamental de toda criança e está contemplado na Convenção dos Direitos da Criança. Ao assinar esta Convenção, todos os governos se comprometeram a implementá-la e, portanto, "reconhecem o direito da criança de gozar do padrão mais elevado possível de saúde e concordam em lutar por sua implementação completa, adotando medidas apropriadas para a redução da mortalidade infantil e de jovens".

Estas medidas incluem a garantia de que "todos os segmentos da sociedade, em particular pais e crianças, sejam informados, tenham acesso à educação e recebam apoio para o uso de conhecimentos básicos sobre nutrição e saúde infantil, vantagens da amamentação...".

A mensagem é clara: educação que assegure conhecimento básico sobre as vantagens da amamentação é um direito humano.

Os governos que assinaram a Convenção, se comprometeram a garantir que todos os níveis da sociedade conheçam os benefícios da amamentação e os perigos da alimentação artificial. Os governos são responsáveis pelo treinamento de profissionais de saúde para o manejo da amamentação e em proporcionar educação pública que inclua aleitamento materno nos currículos das escolas de 1º e 2º graus. Embora, tanto a Convenção quanto o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno citem os governos como responsáveis por educar seus cidadãos sobre práticas apropriadas de alimentação infantil, muitos governos não o fazem.

Este vácuo, geralmente, é preenchido pela indústria de alimentos infantis, as quais promovem seus produtos à guisa de informar os pais e os trabalhadores de saúde. Com o objetivo de fornecer informações corretas sobre alimentação infantil aos pais e trabalhadores de saúde, redes como a IBFAN, organizações não governamentais e grupos de apoio a mães têm publicado resumos atualizados de estudos científicos. Estes estudos ajudam a preencher as falhas no conhecimento sobre amamentação de muitos profissionais. Estas publicações fornecem informações corretas também diretamente aos pais, o que os ajuda a optar por uma alimentação infantil promotora de saúde.

A Convenção não somente exige dos governos o fornecimento de educação básica em aleitamento materno, como também a garantia de que os pais e trabalhadores de saúde sejam apoiados na utilização deste conhecimento. Isto significa que a educação apenas não é suficiente e que os governos devem apoiar totalmente a decisão dos pais de amamentar. Os governos podem apoiá-la através da garantia de licença-maternidade remunerada adequada às mulheres trabalhadoras e da regulamentação da promoção comercial de substitutos do leite materno.

Leis que restringem o marketing inapropriado, baseadas no Código Internacional, são os melhores meios dos governos responderem ao seu compromisso com a Convenção. A Convenção dos Direitos da Criança estabelece que o conhecimento sólido em amamentação e a implementação de boas práticas de aleitamento materno são direitos básicos. Portanto, a Convenção é um dos instrumentos internacionais que os defensores da amamentação podem utilizar para promovê-la.

DESTAQUES

Após o diagnóstico de doença hemorrágica em uma criança com 40 dias de vida, os médicos concluíram que a causa era a alimentação com fórmula à base de soja, deficiente em vitamina K. Outras pesquisas realizadas com fórmulas vendidas na Itália levaram à descoberta de que 2 em cada 16 fórmulas infantis, 5/16 fórmulas de seguimento, 1/8 fórmulas de soja são deficientes em vitamina K.

Pellegrino M, Sacco M, Rocco DeAltilia M, Meleleo D, DeAnseris AG. Hemorrhagic disease in an infant fed on a vitamin K-deficient soya formula. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 23: 413-414, 1996.

Pesquisadores no Japão compararam a quantidade de bactérias da garganta de crianças saudáveis amamentadas e alimentadas com fórmulas. Eles detectaram em 4.3% das crianças amamentadas e 36.0% das alimentadas artificialmente apresentavam bactérias patogênicas em suas gargantas. A bactéria mais frequente identificada em ambos os grupos de crianças foi o Streptococcus.

Hokama T, Hamamoto I, Sci MH, Takenaka S, Hirayama K, Yara A, Adjei A. Throat microflora in breastfed and formula fed infants. Journal of Tropical Pediatrics, 42: 324-326, 1996.

PORQUÊ AMAMENTAR?

Em 1993, pesquisadores realizaram um estudo sobre o padrão alimentar de 9330 crianças chilenas menores de 18 meses. Estudou-se a relação entre o estado nutricional das crianças e o tipo de alimentação (amamentação exclusiva, amamentação + leite artificial, amamentação + alimentos sólidos, alimentação exclusiva com leite artificial, leite artificial + alimentos sólidos).

A prevalência de amamentação exclusiva foi relativamente alta durante os primeiros 4 meses, sendo de 59% aos 3 a 3.9 meses, declinando rapidamente para 1.6% aos 7 meses. Entretanto, 83%, 59% e 31% das crianças estavam recebendo leite de peito aos 3,6 e 12 meses, respectivamente. Em todas as crianças abaixo de 6 meses de idade a prevalência de deficiência de peso/idade foi significativamente maior entre crianças que recebiam aleitamento misto do que entre as exclusivamente amamentadas. Entre as crianças de 6-8 meses que estavam em amamentação exclusiva, a prevalência de deficiência de peso/idade foi maior do que entre as crianças amamentadas que também recebiam alimentos sólidos.

Este estudo relata uma taxa de amamentação exclusiva mais alta do que a indicada em estudos anteriores. Os autores atribuem este aumento ao treinamento de trabalhadores de saúde e mães em aleitamento materno, ao estabelecimento de clínicas de apoio à amamentação nos centros de cuidados primários à saúde, à Iniciativa Hospital Amigo da Criança e à aplicação do código de comercialização de substitutos do leite materno que tem limitado a publicidade destes produtos.

Castillo C, Atalah E, Riumallo, Castro R. Breast-feeding and the nutritional status of nursing children in Chile. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 30(2): 125-133, 1996.

Pesquisadores em Porto Alegre, Brasil, estudaram 192 crianças com idades entre 0-23 meses, com o objetivo de determinar fatores de risco para diarreia com desidratação. As crianças alimentadas com fórmula apresentaram probabilidade de desenvolver diarreia com desidratação 6.9 vezes maior do que as crianças exclusivamente amamentadas. As crianças alimentadas com leite de vaca apresentaram uma probabilidade 6.0 vezes maior e crianças amamentadas e alimentadas com fórmula apresentaram um risco 2.2 vezes maior comparado com aquelas em amamentação exclusiva. As crianças recém desmamadas do peito apresentaram um risco maior de desenvolver diarreia com desidratação do que aquelas desmamadas há 6 meses ou mais.

Costa Fuchs S, Gomes Victora C, Martines J. Case-control study of risk of dehydrating diarrhoea in infants in vulnerable period after full weaning. *British Medical Journal*, 313: 391-394, 1996.

Vários fatores afetam as taxas de fertilidade. Os dados das Pesquisas sobre Família e Saúde de Botswana, realizadas em 1984 e 1988, revelam 3 fatores que contribuem para as taxas de fertilidade naquele país: amamentação, uso de contraceptivo e não ser casado. A amamentação apresenta-se como o fator mais importante, sendo responsável pela redução da taxa de fertilidade em 36%. Tanto a pesquisa de 1984 quanto a de 1988 mostraram que quase todos os bebês foram amamentados. Três quartos das crianças de 12 meses e metade das de 18 meses ainda estavam sendo amamentadas. A duração mediana da amamentação foi menor entre as mulheres mais jovens, urbanas, educadas e trabalhadoras. Embora as mulheres trabalhadoras tendam a amamentar por um período mais curto, a duração mediana da amamentação entre elas foi de 16.5 meses. A duração da amamentação em Botswana permaneceu a mesma entre 1984 e 1988. Atribui-se à manutenção destas altas taxas de aleitamento materno às campanhas promocionais do governo e de organizações não-governamentais e à política governamental que permite um período para amamentar para as mulheres trabalhadoras.

Letamo G. Contributions of the proximate determinants to fertility change in Botswana. *Journal of Biosocial Science*, 28: 325-338, 1996.

Os produtores de fórmulas infantis fabricam e promovem fórmulas nas quais as proteínas são quebradas em unidades menores (hidrólise). Embora estes produtos tenham sido promovidos durante muitos anos, sua segurança nutricional ainda não foi adequadamente comprovada. Pesquisadores de uma faculdade de medicina da Hungria e da companhia farmacêutica Milupa da Áustria, compararam o perfil de aminoácidos de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno, com fórmula convencional ou com fórmula hidrolisada. Embora o ganho de peso e o crescimento entre as crianças não tenha apresentado diferenças, a concentração de 5 aminoácidos livres foi significativamente diferente. Por exemplo, a concentração de um aminoácido (arginina) às 2 e 4 semanas de idade foi duas vezes mais alta nas crianças amamentadas do que naquelas alimentadas com qualquer tipo de fórmula. Os pesquisadores admitem que pesquisas adicionais são necessárias antes que se possa determinar a segurança nutricional das fórmulas hidrolisadas.

Decsi T, Veitl V, Szasz M, Pinter Z, Méhes K. Plasma amino acid concentrations in healthy, full-term infants fed hydrolysate infant formula. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 22: 62-67, 1996.

O *Cryptosporidium* é um protozoário que comumente causa diarreia em crianças dos países em desenvolvimento. Um estudo de 214 casos de diarreia em um hospital de Addis Abeba, Etiópia, mostrou que os oocistos (ovos) de *cryptosporidium* foram encontrados nas fezes de 7% das crianças. Os casos de criptosporidiose estavam parcial ou completamente desmamados. Nenhuma das crianças exclusivamente amamentadas mostrou evidência de infecção pelo *cryptosporidium*.

Assefa T, Mohammed H, Abebe A, Abebe S, Tafesse B. Cryptosporidiosis in children seen at the children's clinic of Yekatt 12 hospital, Addis Ababa. Ethiopian Medical Journal, 34: 43-45, 1996.

COMO AMAMENTAR?

A implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança tem sido mais difícil em alguns países do que em outros. No Canadá, pesquisadores estudaram em que extensão os 523 hospitais do país cumpriam os 10 Passos para o Sucesso da Amamentação e o Código Internacional. Somente 4.6% dos hospitais referiram seguir todos os 10 Passos. Somente 1.3% dos hospitais referiram seguir os 10 Passos e não distribuir amostras de fórmula para as mães. Muitos hospitais seguiam alguns dos 10 Passos; por exemplo, todos os hospitais seguiam alguns dos 10 Passos; por exemplo, todos os hospitais referiram ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira meia hora após o parto. O passo com menor índice de cumprimento foi o 9: não dar chupeta a crianças amamentadas. No momento da alta, 24% dos hospitais distribuíam para as mães sacolas promocionais contendo fórmula infantil. Os autores concluem que "as práticas hospitalares e o marketing agressivo de fórmulas infantis interferem com a capacidade das mães de tomarem decisão com respeito à alimentação infantil. Para esta tomada de decisão é indispensável a disponibilidade de informações acuradas, científicas... O material promocional distribuído pelas companhias de fórmula é inevitavelmente tendencioso..."

Levitt CA, Kaczorowski J, Hanvey L, Avard D, Chance G. Breastfeeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care. Canadian Medical Journal, 155(2): 181-188, 1996.

O trabalho remunerado fora do domicílio é frequentemente citado como uma das razões para se utilizar os substitutos do leite materno (SLM). As pesquisas sobre Demografia e Saúde (demographic and Health Surveys) de 15 países em desenvolvimento foram utilizadas para avaliar o uso de SLM entre as mulheres que não levavam seus bebês menores de 6 meses ao trabalho. A proporção de mulheres desempregadas variou de 2.3% em Ruanda a 89.7% na Jordânia. Entre estas mulheres, o uso de SLM variou de 13.5% em Ruanda a 71.0% no Brasil. Usando um modelo matemático, os autores determinaram que a proporção de uso de SLM que pode ser atribuído ao fato da mãe trabalhadora estar longe do bebê, variou de 0.74% na República Dominicana a 20.9% na Namíbia. Em 10 dos 15 países estudados, o emprego foi responsável por 5% ou menos de uso de SLM. A maioria das mães amamentavam sempre que o bebê chorava (à demanda) com uma média de 9 mamadas em 24 horas. As mães mais velhas apresentaram maior probabilidade de amamentar exclusivamente, enquanto esta prática não ocorreu em nenhuma das adolescentes. Nem o casamento, nem a situação de emprego afetaram as taxas de amamentação exclusiva. Entre os bebês de peso adequado ao nascer, aqueles amamentados exclusivamente apresentaram maior ganho de peso do que os amamentados parcialmente.

Scarlett D, Cargill M, Lyn-Sue J, Richardson S, McCaw-Binns A. Breastfeeding prevalence among six-week old infants at University Hospital of the West Indies. West Indian Medical Journal, 45: 14-17, 1996.

Na área rural da Nigéria, implantou-se um programa de promoção ao aleitamento materno como uma estratégia de sobrevivência infantil, nos serviços de atenção primária à saúde. Para determinar seu efeito, realizou-se um estudo envolvendo 256 mulheres no último trimestre de gestação, metade no grupo intervenção e metade no grupo controle. A intervenção consistiu de treinamento dos trabalhadores de saúde com base nos "10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" e educação em aleitamento materno para as mães. A educação das mães consistiu de literatura promocional sobre amamentação, conversas sobre amamentação na clínica e em casa e aconselhamento individual. Os resultados demonstraram que foi maior o número de mães que iniciaram a amamentação imediatamente após o parto no grupo intervenção (32% vs. 6%). Aos 4 meses pós-parto, 40% das mães do grupo intervenção estavam amamentando contra 14% das do grupo controle. Ainda aos 4 meses, 8% do grupo intervenção e 17% do controle estavam alimentando seus bebês com substitutos do leite materno.

Davies-Adetugbo AA. Promotion of breast feeding in the Community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. Journal of Diarrhoeal Disease Research, 14(1): 5-11, 1996.

A tendência nos padrões de alimentação pode ser estudada utilizando-se os levantamentos internacionais. Os dados da Pesquisa Mundial sobre Fertilidade do final dos anos 70 (World Fertility Survey) e a Pesquisa sobre Demografia e Saúde do final dos anos 80 (Demographic and Health Survey) foram comparados para se determinar as tendências da amamentação em 15 países em desenvolvimento num período de 10 anos. Os resultados mostraram que, em quase todos os países avaliados, a duração da amamentação aumentou no período de 10 anos entre os dois levantamentos. Somente a Tailândia e o Marrocos apresentaram um significativo declínio. Colômbia, República Dominicana, Equador, subgrupos demográficos e sócio-econômicos mostraram tendências variáveis. Por exemplo, mães com pelo menos 7 anos de escolaridade apresentaram metade da escolaridade. Em todos os países, crianças da área urbana foram amamentadas por menos tempo do que as da área rural. Crianças de famílias maiores tenderam a mamar por mais tempo. Os autores destacam três importantes mudanças de comportamento que podem ter levado ao aumento nas tendências de amamentação. O primeiro é o aumento no período entre os partos. O segundo é a piora no panorama econômico que muitos países em desenvolvimento experimentaram durante a década de 80. O terceiro são as campanhas nacionais de aleitamento materno, treinamento de trabalhadores de saúde em amamentação e a adoção do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno pelos governos.

Grummer-Strawn LM. The effect of changes in population characteristics on breastfeeding trends in fifteen developing countries. International Journal of Epidemiology, 25(1): 94-102, 1996.

Um levantamento sobre nutrição de 3 cidades russas e suas respectivas áreas rurais adjacentes, realizado em 1993, mostrou que havia poucas crianças com deficiência nutricional. Entretanto, vários indicadores apontaram que o estado nutricional das crianças abaixo de dois anos de idade pode declinar. Embora as taxas de início da amamentação fossem altas, a duração mediana era apenas 3 meses. Muito poucas crianças foram amamentadas de forma exclusiva ou completa. Das crianças menores de 4 meses, 70% recebiam fórmula infantil e mais de 65%

recebiam alimentos semi-sólidos. As mães eram aconselhadas a alimentarem seus filhos em horários fixos. O aumento na taxa de mortalidade perinatal entre 1990 e 1993 na Rússia foi devido a doença respiratória. O aumento na prevalência e na duração do aleitamento materno poderia reduzir esta taxa de mortalidade.

Welch K, Mock N, Sorenson B, Netrebenko O. Health and Nutrition in children under 2 years of age in three areas of the Russian Federation. Bulletin of the World Health Organization, 17(6): 605-612, 1996.

A amamentação exclusiva proporciona proteção máxima de crianças contra a diarreia. Entretanto, em Bangladesh, praticamente não existe amamentação exclusiva. Realizou-se um estudo com a finalidade de determinar o efeito da promoção de aleitamento materno exclusivo para mães cujos bebês haviam sido hospitalizados por diarreia. Os 250 pares mãe-bebê foram divididos em dois grupos. As mães de um grupo receberam aconselhamento individual durante o período de hospitalização e no seguimento domiciliar uma semana após a alta. As mães do outro grupo (controle) receberam as orientações habituais do grupo de educação em saúde. Os resultados mostraram que 75% das mães que receberam aconselhamento individual estavam amamentando exclusivamente 2 semanas após a alta contra somente 8% das mães controle. No grupo controle, 15 crianças apresentaram um outro episódio de diarreia dentro de duas semanas após a alta comparado com somente 4 no grupo amamentado exclusivamente.

Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin NJ, Kabir I, Malek D, Mahalanabis D, Habte D. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. Bulletin of the World Health Organization, 74(2): 173-179, 1996.

Preparado por GIFA - The Geneva Infant Feeding Association, membro da International Baby Food Action Network-IBFAN Traduzido por Tereza S. Toma e revisto por Marina F. Rea (IBFAN Brasil-Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar).

Apoio: SOH-DIA (Stichting Oecumenische Hulp/ Dutch Interchurch Aid) e Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde - SP