



O Código Internacional em Relação aos Acordos da Organização Mundial do Comércio: Saúde vs. Interesses Comerciais

O comércio tem um impacto na saúde de vários modos. Em seu preâmbulo, a Organização Mundial do Comércio (OMC) declara que o livre mercado deve contribuir para uma melhoria da qualidade de vida. Isto sugere que a liberação do comércio não deveria ser considerada como uma meta em si mesma. Infelizmente, o primeiro e real objetivo do OMC é facilitar o comércio internacional, especialmente para os mais ricos, o mundo industrializado. Devido ao seu mecanismo de execução (isto é, sua autoridade para impor sanções comerciais), a OMC é considerada como tendo mais poder que outras organizações multilaterais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMC, portanto, não somente é uma influência crescente no comércio mundial, mas “começa a se tornar uma das influências mais importantes da atualidade na saúde internacional”. (1).

O “Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções subseqüentes e relevantes da Assembléia Mundial da Saúde (o Código) devem fazer total e explicitamente parte dos acordos comerciais do OMC. Desta forma, o Código não pode ser incriminado como uma ‘barreira ao comércio’ dentro das bases desses acordos”. Esta foi a principal conclusão dos participantes da reunião de especialistas que aconteceu em Amsterdã, em 20 de setembro de 2001, organizada pela WEMOS (Países Baixos). Dentre os participantes da reunião havia especialistas internacionais na área da ‘OMC e consumidores & promotores de saúde’, da ‘globalização’ e representantes de diversos grupos da IBFAN. Nessa reunião foi discutido o papel do Código dentro dos desdobramentos das regras da OMC e as opções para fortalecer a sua posição e reafirmar a sua autoridade. Os parágrafos seguintes refletem esta discussão.

O Ministério do Comércio pode atrapalhar a implementação e o cumprimento do Código que normalmente são da responsabilidade do Ministério de Saúde. Tem havido numerosos casos onde companhias de alimentos infantis estrangeiras (ou até mesmo o governo do país onde a companhia está instalada; veja o caso da Guatemala vs. Gerber) e instituições como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial pressionam os dois Ministérios, com ameaças de sanções comerciais e outras conseqüências econômicas adversas. Não existem ainda, sinais de que os acordos da OMC formem uma ameaça direta ao Código. Não são esperadas ameaças ao Código ao nível de uma discussão formal na OMC, mas sim, sob a forma de pressões bilaterais nos ‘bastidores’ com o uso do poder econômico. De qualquer maneira, a OMC e seus acordos têm sido usados como argumentos nessas pressões, o que sempre é bastante ruim para a implementação do Código.

Os chamados acordos SPS e TBT (2) da OMC reconhecem que os governos têm que o direito de tomar medidas para a proteção da saúde humana. Nesses acordos os Estados Membros da OMC são encorajados a basear suas medidas em ‘padrões internacionais, diretrizes ou recomendações’. Os acordos sanitários (SPS) fazem uma referência explícita (alimento seguro) ao Codex Alimentarius.

Uma das questões chaves dos participantes da reunião em Amsterdã era: seria útil se o Código fosse reconhecido oficialmente nos acordos relevantes da OMC? À primeira vista, alguém poderia dizer “sim”, porque os acordos da OMC têm provavelmente mais peso que as decisões tomadas pela Assembléia Mundial da Saúde, inclusive o Código, pela autoridade da OMC em impor sanções. As indústrias poderiam ter mais respeito pelo Código. Porém, nós percebemos vários perigos. A OMC é menos transparente que as organizações da ONU e é influenciada fortemente pela indústria. Desde que o Codex Alimentarius foi reconhecido oficialmente pela OMC, há uma aparente substituição de determinados interesses públicos para facilitar o comércio (p.ex. diminuindo as barreiras comerciais). O esforço para conseguir que o Código seja incluído nos acordos da OMC ou nos seus padrões, pode tornar-se contraprodutivo. Em outras palavras, o Código pode ser transformado por eles, de um ‘requerimento mínimo’ (para que os governos o implementem dentro das medidas de proteção à saúde) em um ‘requerimento máximo’ (que proteja a saúde pública com barreiras mínimas ao comércio internacional).

O Código devia ser defendido sob a perspectiva dos direitos humanos: isso é, a vida e a saúde são de valor intrínseco e não devem ser comprometidas pelo comércio ou pelos interesses comerciais. De acordo com a principal conclusão da reunião de Amsterdã mencionada acima, uma possível estratégia seria solicitar aos governos para emendar ou clarear os acordos relevantes da OMC para assegurar que as determinações do Código e as subseqüentes resoluções da AMS não venham a ser incriminadas como ‘barreiras comerciais’.

1. “World Trade Organisation: Implications for Health Policy” Medact, Physicians for Social Responsibility, EPHA and Wemos (2000)

2. SPS: Agreement on the Application of Sanitary and Phyto-sanitary measures. TBT: Agreement on Technical Barriers to Trade.

Por que amamentar ?

Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. BMJ 2001;323:303

Para calcular o efeito da amamentação exclusiva e da amamentação parcial sobre a mortalidade infantil por doenças diarréicas e infecções respiratórias agudas na América Latina, foram analisados os dados nacionais sobre a mortalidade infantil e o aleitamento materno. Aproximadamente 55% das mortes no primeiro ano são evitáveis pela amamentação exclusiva nas crianças de 0-3 meses e pela amamentação parcial durante o resto da infância. Entre as crianças de 0-3 meses, 66% das mortes por essas causas são evitáveis através da amamentação exclusiva; entre as crianças de 4-11 meses, 32% de tais mortes são evitáveis através da amamentação parcial. Em geral, 13.9% das mortes infantis por todas as causas são evitáveis através da amamentação. O número anual de mortes evitáveis é aproximadamente 52.000 para a região. As intervenções para promover a amamentação exclusiva devem centrar-se nas crianças mais jovens.

Forste R, Weiss J, Lippincott E. The decision to breastfeed in the United States: does race matter? Pediatrics 2001;108:291-6

As mulheres negras dos EUA tem menos probabilidade de amamentar que as mulheres não negras e a razão primária para não amamentar é que elas “preferem a mamadeira “. Este é o resultado de um estudo conduzido para estimar o efeito das características das mães e do parto sobre a decisão de amamentar e para verificar as práticas de aleitamento e a sua relação com as diferenças raciais e a mortalidade infantil. Depois de controlar as variáveis socio-econômicas e as condições de nascimento, o grupo étnico foi um forte preditor para amamentação. As análises da mortalidade infantil indicaram que a amamentação e o baixo peso ao nascer contam para a diferença racial na mortalidade infantil. Os esforços para aumentar a amamentação nas comunidades negras poderiam ajudar encurtando a distância racial na mortalidade infantil.

Arifeen SE, Black RE, Caulfield LE, Antelman G, Baqui AH. Determinants of infant growth in the slums of Dhaka: size and maturity at birth, breastfeeding and morbidity. Eur J Clin Nutr 2001;55:167-78

Para investigar a influência do tamanho ao nascimento, a amamentação e a morbidade durante o crescimento na infância, em áreas pobres da cidade de Bangladesh, foi realizado um estudo com 1654 crianças recém-nascidas acompanhadas até os 12 meses de idade, em áreas precárias de Dhaka; destas, 1207 crianças completaram o seguimento. Foi detectado um impacto positivo da amamentação exclusiva nos primeiros 3-5 meses, sobre o crescimento infantil aos 12 meses de idade. Embora os bebês maiores da amostra tendessem a crescer relativamente mais, o aleitamento materno exclusivo pareceu contrariar este padrão. A diarreia foi associada com os de menor peso e comprimento, sempre depois de ajustar os padrões alimentares. O efeito contínuo sobre o crescimento e o maior efeito benéfico em crianças de baixo peso são razões importantes para a promoção da amamentação exclusiva no começo da infância.

Villamor E, Mbise R, Spiegelman D, Ndossi G, Fawzi WW. Vitamin A supplementation and other predictors of anemia among children from Dar Es Salaam, Tanzania. Am J Trop Med Hyg 2000;62:590-7

A associação da anemia com fatores sócio-econômicos, malária, infecção por HIV, e estado nutricional foi estudada entre 687 crianças admitidas com pneumonia em um hospital da Tanzânia. A concentração de hemoglobina foi positivamente associada com o número de bens dentro da casa, com o nível materno de educação e com a qualidade da provisão de água. Foi relacionada inversamente com a infecção por malária, depois de terem sido controladas as variáveis de confusão potenciais. As crianças infectadas com o HIV apresentaram uma queda significativa nos níveis de hemoglobina o tempo todo. O risco de desenvolver anemia severa (<7 g/dL) durante o seguimento foi menor em crianças que eram amamentadas por mais de 18 meses, quando comparadas com aquelas que foram amamentadas menos de 6 meses. Crianças com repetidos episódios de malária tiveram 4.1 vezes mais risco de desenvolver anemia severa que as que não haviam tido esse diagnóstico. A suplementação de vitamina A foi associada com uma redução geral, não significativa, de 14% no risco de desenvolver anemia severa. Os autores concluem que a malária, a infecção por HIV, a baixa condição sócio-econômica e uma curta duração da amamentação, são determinantes fortes e independentes de anemia nesta população.

Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. J Pediatr 2001;139:261-6

Os autores realizaram uma revisão sistemática de estudos prospectivos que avaliavam a associação entre a amamentação exclusiva durante os primeiros 3 meses e a asma. Foram identificados doze estudos que obedeciam aos critérios de inclusão pré estabelecidos, na busca via Medline, de 1966 a 1999. Em geral, o risco de asma era diminuído em 30% (95% CI: de 19% a 40%) com a amamentação exclusiva. O efeito foi maior (48%) nos estudos de crianças com história familiar de atopia (rinite, eczema, asma e outras reações alérgicas) que nos estudos de uma população combinada (27%). Esta revisão confirma que a amamentação exclusiva durante os primeiros meses está associada com taxas mais baixas de asma durante a infância. O efeito, obtido pela modulação do sistema imune pelo leite de peito, por evitar os alérgenos, ou por uma combinação destes e outros fatores, intensifica a vantagem da amamentação exclusiva, especialmente quando existe uma história familiar de atopia.

Karunasekera KA, Jayasinghe JA, Alwis LW. Risk factors of childhood asthma: a Sri Lanka study. J Trop Pediatr 2001;47:142-5

Um estudo tipo caso-controle foi conduzido para avaliar os fatores de risco genéticos e ambientais da asma na infância em um grupo de crianças no Sri Lanka. Trezentos casos (admitidos com sintomas de asma) foram comparados com 300 crianças controles com idades similares. A asma parental, asma em um irmão e em um parente, a rinite alérgica parental, terminar a amamentação depois de 6 meses, a bronquiolite na infância, viver em um ambiente com poeira e um pai com educação primária comparada a educação secundária, estavam associados, como fatores independentes, a um risco aumentado de asma.

Este estudo reforça a visão de que a asma tem muitas causas. Como medida preventiva, é importante a continuidade da amamentação após os 6 meses.

Como amamentar ?

Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:322-6.

O passo 9 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, desencoraja o uso de chupetas por que ele está associado, em muitos estudos observacionais, com o desmame precoce. Mas tais estudos não conseguem determinar se essa associação é causal. Para testar se o uso de chupetas está relacionado diretamente ao desmame aos 3 meses, um estudo duplo cego randomizado foi conduzido na unidade de pós parto de um hospital universitário em Montreal, Quebec, Canadá. Um total de 281 mulheres lactantes saudáveis com bebês saudáveis, singulares e de termo foram distribuídas em 2 grupos. Uma enfermeira treinada em Aconselhamento em Amamentação recomendou evitar o uso de chupetas e sugeriu meios alternativos para confortar uma criança inquieta ou que chora para o grupo de intervenção (GI; n = 140) mas não para aquelas do grupo controle (GC; n = 141). Um total de 258 pares de mães e bebês (92%) completou o seguimento. Comparado ao GC, as mulheres no GI aumentaram significativamente a aversão total ao uso de chupeta (38.6% vs 16.0%), o uso diário foi reduzido (40.8% vs 55.7%) e o número de episódios de colocação da chupeta por dia diminuiu (0.8 vs 2.4 às 4 semanas; 0.8 vs 3.0 às 6 semanas; e 1.3 vs 3.0 às 9 semanas). Na análise baseada na distribuição aleatória, a intervenção não teve qualquer efeito perceptível no desmame aos 3 meses (18.9% vs 18.3%) e nenhum efeito foi observado sobre o choro ou a inquietude. Porém, quando a distribuição aleatória foi ignorada encontrou-se uma forte associação entre o uso diário de chupeta e o desmame antes dos 3 meses (25.0% nos bebês expostos vs 12.9% nos não expostos). Estes resultados sugerem fortemente que o uso de chupeta é mais um “marcador” de dificuldades na amamentação ou de motivação reduzida para amamentar, que uma causa verdadeira de desmame precoce.

Hornell A, Hofvander Y, Kylberg E. Introduction of solids and formula to breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 2001;90:477-82

A introdução de alimentos sólidos e de fórmula foi estudada entre 506 bebês amamentados em Uppsala, Suécia, baseada em observações diárias durante o primeiro ano. As mães haviam previamente amamentado pelo menos uma criança, durante pelo menos 4 meses. 34% dos bebês foram apresentados aos alimentos sólidos antes da idade de 4 meses (são recomendados entre 4-6 meses, na Suécia). Acostumar os bebês aos alimentos sólidos foi um processo longo: levou uma média de 28 dias da primeira introdução de alimentos sólidos ao consumo de 10 ml diariamente, e 46 dias antes das crianças ingerirem 100 ml ou mais de alimentos sólidos em um dia, pela primeira vez. Estas durações foram mais longas quanto mais jovens eram os bebês, na época da introdução dos sólidos. 32% das crianças que receberam fórmula consumiram 100 ml ou mais na primeira vez que lhes foi dada, e 49% consumiram só um pouquinho durante a primeira semana independentemente da idade. Os pais e o

peçoal de saúde precisam ser avisados que acostumar os bebês amamentados aos alimentos sólidos é um processo lento, e que existe um forte efeito da idade na duração desse processo. Também é importante considerar quais as conseqüências (usualmente) que a introdução mais abrupta de fórmula pode ter sobre o aleitamento materno.

Black MM, Siegel EH, Abel Y, Bentley ME. Home and videotape intervention delays early complementary feeding among adolescent mothers. *Pediatrics* 2001;107:E67

É possível mudar hábitos alimentares na presença de normas culturais contraditórias? Para avaliar o efeito de uma intervenção para retardar a introdução precoce da alimentação complementar, 181 mães primíparas negras de baixa renda e com menos de 18 anos foram recrutadas em 3 hospitais urbanos em Baltimore, Maryland, EUA. As crianças nasceram a termo, com peso de nascimento apropriado para a idade gestacional e sem qualquer problema congênito. Logo depois do parto, as mães e avós completaram uma avaliação de base e as mães foram divididas (randomizadas) em um grupo de intervenção (GI) e em um grupo controle (GC). As mães do GI receberam visitas domiciliares a cada duas semanas, durante 1 ano, mais um vídeo feito por um grupo de conselheiros de mães adolescentes e negras. A intervenção focalizou: 1) o reconhecimento do comportamento dos bebês; 2) as estratégias não alimentares para manejar o bem-estar dos bebês; 3) as estratégias de negociação entre a mãe e a avó. Aos 3 meses, um subgrupo de 121 mães contaram sobre seus bebês por meio de um questionário sobre frequência alimentar. As mães que alimentaram seus bebês somente com leite materno, fórmula, ou água foram classificadas como ótimas práticas alimentares (39%); aquelas que introduziram alimentos complementares foram classificadas como não tão ótimas práticas alimentares (61%). Depois de controlar a idade dos bebês a renda familiar, as mães e bebês do grupo das ótimas práticas alimentares tiveram mais probabilidade de relatar com acurácia as mensagens relativas ao tempo para introduzir a alimentação complementar e tinham aproximadamente quatro vezes mais chance de estarem no grupo de intervenção. O sucesso desta intervenção mostra a importância de usar a pesquisa etnográfica para desenhar programas de mudança de comportamento no contexto de normas culturais contraditórias.

DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28:94-100

Para avaliar o impacto de cinco práticas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (início precoce da amamentação, não dar suplemento aos bebês, alojamento conjunto, amamentação sob livre demanda e evitar o uso de chupetas e bicos) sobre o aleitamento materno nos EUA, uma pesquisa longitudinal pelo correio foi conduzida com uma amostra nacional de mulheres captadas durante a atenção pré natal durante 12 meses pós parto. O estudo focalizou 1085 mulheres no pré-natal, que tinham a intenção de amamentar por mais de 2 meses. Só 7% de mães experimentaram as práticas dos HAC. Os fatores de risco mais fortes para o desmame precoce foram o início tardio da amamentação e a introdução de complementos para o bebê. Comparadas com mães que experimentam todos os 5 passos da IHAC, as mães que não experimentam nenhum dos passos, tinham aproximadamente oito vezes mais probabilidade de

cessar a amamentação precocemente. A necessidade de trabalhar com os hospitais para incrementar a adoção das práticas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, é ilustrada pela pequena proporção de mães que experimentaram todas as cinco práticas mencionadas neste estudo.

Scott J, Landers M, Hughes R, Binns C. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 2001;37:254-61

Para identificar os determinantes do início e da duração da amamentação entre mulheres australianas, foi conduzido um estudo prospectivo de coorte em 556 mulheres de Perth e 503 mulheres de Darling Downs, Austrália. A amamentação na alta hospitalar foi mais fortemente associada com o ter recebido apoio paterno para amamentar. A duração da amamentação estava mais fortemente associada com período de tempo que a mãe pretendia amamentar. As intervenções que buscam aumentar a duração do tempo que as mulheres pretendem amamentar e as que aumentam o papel do pai no sucesso da amamentação, são recomendadas para ajudar a alcançar as taxas preconizadas para o início e a duração da amamentação.

Sikorski J, Boyd F, Dezateux C, Wade A, Rowe J. Prevalence of breastfeeding at four months in general practices in south London. *Br J Gen Pract* 2001;51:445-50

Para determinar a prevalência da amamentação ao nascimento e aos quatro meses em uma amostra de mulheres de hábitos gerais urbanos, as suas variações dos hábitos e a relação com os costumes de populações com sinais de privações, foi elaborado um questionário regional de investigação aplicado em uma amostra de mulheres com crianças de quatro meses, em 25 locais no Sul de Londres. Foram recebidas respostas de 1053 das 1532 mães (69%). Destes, 87% (897) amamentaram ao nascimento, enquanto 59% (609) ainda estavam amamentando seus bebês aos quatro meses. As mães que viviam em casa alugada tinham menos chance de amamentar que as que tinham casa própria, como também as mulheres brancas, quando comparadas com as de origem negra. Aquelas que completaram dois anos ou mais de educação, depois da idade de 16 anos, tiveram quase três vezes mais propensão de amamentar até os quatro meses, que as mães cuja educação formal foi completada aos 16 anos ou antes. As taxas específicas de amamentação variaram de 71% a 100% ao nascimento e 22% a 83% aos quatro

meses. A idade mediana para o início de alimentos sólidos foi de 16 semanas. A conclusão foi que, morar em casa própria, a educação materna e grupo étnico estão significativamente associados com a prevalência da amamentação aos quatro meses de idade.

Tappin DM, Mackenzie JM, Brown AJ, Girdwood RW, Britten J, Broadfoot M. Comparison of breastfeeding rates in Scotland in 1990-1 and 1997-8. *BMJ* 2001;322:1335-6

Na Escócia, a amamentação aos 7 dias de idade teve um aumento de 6.4%. Elevou-se de 35.6% em 1990-1 para 42.0% em 1997-8. O maior aumento (11.5%) foi visto em Edimburgo e a maior diminuição foi (-5.5%) em Aberdeen. Cerca de 2.6% do aumento observado, dos 6.4%, pode ser explicado pelo aumento da idade materna. A taxa de 50% das mães amamentarem às 6 semanas para 2005 não será atingida se nenhuma medida de promoção a saúde for implementada rapidamente.

Cochrane reviews

Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001;2:CD000046

Pesquisas nacionais, no Reino Unido, mostraram que peitos doloridos são a segunda maior razão para deixar de amamentar nas primeiras duas semanas depois do nascimento. Um fator que contribui para a dor pode ser o ingurgitamento. Existem diversos pontos de vista sobre o porque que o ingurgitamento acontece, apesar dos padrões restritivos de alimentação no hospital terem provavelmente contribuído no passado. Estes pontos de vista diferentes se refletem nas soluções oferecidas para tratar o ingurgitamento nas mães que amamentam. Estes tratamentos foram avaliados nesta revisão. Oito pesquisas, envolvendo 424 mulheres, foram incluídas. Foram identificados três estudos diferentes que utilizaram folhas de repolho, extratos de folha de repolho sem nenhum benefício encontrado. O tratamento com ultra-som e placebo eram igualmente efetivos. O uso de Danzen (um anti-inflamatório) significativamente melhorou os sintomas totais de ingurgitamento quando se comparou com os placebos. A ocitocina e as compressas frias não tiveram nenhum efeito demonstrável nos sintomas de ingurgitamento. A prevenção inicial de ingurgitamento pelos conselheiros competentes e interessados deve permanecer como prioridade fundamental.

Preparado por:

The Geneva Infant Feeding Association-GIFA, membro da International Baby Food Action Network-IBFAN

Editores: Marina Ferreira Rea
Adiano Cattaneo

Edição brasileira:

Tradução: Maria Jose Gonçalves Pereira
Carlos Roberto Pereira

Revisão: Ana Júlia Colameo

Editores eletrônica: Nelson Francisco Brandão

Apoio: ICCO: The Dutch Interchurch Organization for Development Cooperation e Instituto de Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde

VISITE NOSSO SITE: www.ibfan.org.br

Endereço para correspondência: **IBFAN Brasil**
A/C Maria Jose Gonçalves Pereira
R. Caramuru 586, Centro Paraguaçu Paulista -SP
CEP: 19700-000 - Fone/fax: 18-33616637
e-mail: ibfanbrasil@netonne.com.br

Contribuições no valor de R\$ 5,00 para o recebimento desse exemplar duplo serão bem-vindas.

Conta correte: IBFAN Brasil - Bradesco Ag. 0404 cc. 0027.780-0