



## 30 anos de IBFAN<sup>1</sup>

*“Movimentos populares... como a IBFAN, são as mais promissoras forças de oposição existentes. Eles são os defensores dos valores, defensores do dever de proteger os mais vulneráveis, as crianças pequenas. Eu sei que, se não fosse o trabalho da IBFAN, da OMS e do UNICEF, teria sido impossível avançar com as metas do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, dentro da comunidade mundial. Eles não estariam sendo desafiados a adotá-las completamente sem o apoio popular, sem a mobilização pública, que é tão essencial.” (Tarzie Vittachi<sup>2</sup>)*

Em 12 de outubro de 2009 a IBFAN completou 30 anos de idade, talvez possamos dizer “de juventude”, porque 30 é uma idade esplêndida para ser produtiva, efetiva e eficiente. E também mostra a resistência de uma rede que tem sobrevivido, a ponto de ser o mais velho de todos os movimentos internacionais com foco único, mantendo firmes seus princípios e objetivos. Antigamente, em 1979, os fundadores nem sequer tinham sonhado em atingir este aniversário. Afinal das contas, suas metas eram muito honestas: proteger a amamentação da desleal competição comercial. Quando o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno foi adotado em 1981, eles imaginaram que o restante seria um caminho simples e a rede poderia dispersar-se ou reagrupar-se em torno de outro problema.

Naqueles primeiros anos, quase todo trabalho era focado em torno do Código e traçado em Genebra. Teria o manejo da IBFAN, em pressionar a OMS e o UNICEF para que o Código fosse levado avante, a “garra” suficiente? Teria sucesso em convencer todos os países a apoiar integralmente o Código, a resistir às pressões das indústrias e votar maciçamente em seu favor? Será que os milhões de apoiadores do “Boicote à Nestlé” cessariam a campanha assim que o Código fosse adotado? E poderia uma rede frouxamente organizada resistir às táticas, cada vez mais espertas, da indústria milionária para dividir e confundir?

Nunca foi fácil. Sempre surgia uma crise ou outra. No entanto, as crises se transformaram em vitórias, a IBFAN estabeleceu a sua identidade e pode concentrar seus esforços em monitorar e ajudar na implementação do Código em 196 países distribuídos pelo mundo.

Partindo de seis grupos em 1979, a rede começou regionalizando e cresceu para cerca de 200 grupos afiliados, distribuídos em 95 países. A batalha que estava concentrada em Genebra em torno do rascunho e adoção do Código, espalhou-se para todas as formas de comércio do globo, onde atualmente escritórios regionais apoiam grupos nacionais no monitoramento das práticas de comercialização e a pressionar seus governos para adotar e fortalecer legislações próprias, baseadas no Código.

Genebra e a Assembléia Mundial da Saúde, no entanto, continuam sendo focos importantes da IBFAN. Por exemplo: foram gastos sete anos inteiros de pressão da rede para, finalmente, chegar-se a uma resolução definitiva que banisse o fornecimento gratuito de fórmulas ou “doações”. Muitas promessas foram feitas antes, mas as companhias comerciais socorriam de boa vontade e pesadamente, os hospitais que aceitavam “generosas” doações de leites infantis, pressionando os governos e especialistas para minimizar o problema. Gastou-se muito tempo para estabelecer a duração ótima da amamentação - seis meses de amamentação exclusiva, seguida da continuidade da amamentação por mais de 2 anos – e colocar limites claros para a promoção de produtos indicados para o uso antes dessa idade.

E assim, fora de todas as expectativas, aos 30 anos de existência, a IBFAN ainda encontra-se no centro da batalha “contra a mamadeira”. Um conforto certamente é que, sem a IBFAN, milhões de mães teriam abandonado a amamentação e milhões de bebês teriam sucumbido pelo uso da mamadeira. Sem a IBFAN, o mundo estaria definitivamente sem 63 países com leis estritas de proteção da amamentação. E existem dezenas de multinacionais que constantemente espiam pelos ombros para checar se os membros da IBFAN, vigilantes do Código, estão por perto para expor a incoerência entre suas palavras e suas ações e envergonhá-las. Esta é uma façanha totalmente desencadeada por um pequeno grupo de ativistas devotados.

O futuro não está claro para a IBFAN. Com os fundos de financiamento escasseando e com a parceria público-privado visivelmente mais forte, os obstáculos são diferentes, mais complexos e mais desafiadores. O trabalho em rede tem sido reavaliado, reorganizado e reenergizado. E, mesmo assim, nós temos certeza que nosso compromisso terá sucesso onde o dinheiro tem, até agora, fracassado.

<sup>1</sup> Editor convidado: Annelies Allain, Centro Internacional de Documentação do Código, Penang, Malásia.

<sup>2</sup> Diretor Executivo Delegado do UNICEF, em uma nota encaminhada ao 11º. Congresso Mundial da Organização Internacional dos Consumidores Unidos, Dezembro de 1984

---

## Código Internacional

*Barenes H, Andriatahina T, Latthaphasavang V, Anderson M, Srour LM. Misperceptions and misuse of Bear Brand coffee creamer as infant food: national cross sectional survey of consumers and paediatricians in Laos. BMJ 2008;337;a1379*

No Laos, um popular café cremoso tem sido promovido com a ilustração de uma mãe urso abraçando um bebê urso na posição de amamentar. O primeiro ingrediente listado nesse café cremoso é açúcar sendo que o produto contém 3,6% de calorias em forma de proteínas e 27,3% como gordura. Para as fórmulas infantis o recomendado é 7,2 a 12% de proteínas e 40 a 54% de gorduras. O café cremoso é vendido em muitas lojas rurais de beira de estrada. A companhia usa o mesmo logotipo com a marca do urso no seu produto enlatado de leite de vaca esterilizado e na fórmula infantil produzida para bebês de 6 meses de idade ou mais. A advertência na lata está em Inglês, na língua da Tailândia e do Laos e contém a frase escrita “Este produto não é para ser usado como um substituto do leite materno”. Também conta com uma ilustração com alimentação por mamadeira, atravessada por um X. Foram sorteados 1.098 adultos para investigar o uso deste produto como um alimento para bebês e o impacto do logotipo. 96% deles acreditavam que a lata continha leite; 46% que o logotipo com a marca do urso indicava que este produto era preparado para alimentar os bebês ou para substituir a amamentação; 80% não tinham lido a advertência escrita na lata; mais de 18% relataram ter oferecido o produto ao seu bebê na idade média de 4,7 meses (95% com intervalo de confiança de 4,1 a 5,3). Os autores concluíram que, no Laos, o café cremoso com a marca do urso era usado como um substituto do leite materno. O desenho do logotipo influenciou a percepção das pessoas sobre o produto, que desacreditaram da advertência escrita. O uso desse logo em um café cremoso confundiu a população local e colocou a saúde dos bebês em risco.

*Salasibew M, Kiani A, Faragher B, Garner P. Awareness and reported violations of the WHO International Code and Pakistan’s national breastfeeding legislation: a descriptive crosssectional survey. International Breastfeeding Journal 2008;3:24*

A legislação nacional do Paquistão adotou o Código Internacional em 2002 para restringir a promoção da alimentação com fórmulas infantis. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre essa lei, nos hospitais urbanos do governo e descrever seus relatos sobre as violações, inclusive o recebimento de amostras gratuitas, presentes e financiamentos. Entrevistas estruturadas foram conduzidas entre o corpo de profissionais no período de julho a agosto de 2006, em 12 hospitais do governo em Islamabad, Rawalpindi e Peshawar, incluindo pediatras, obstetras, enfermeiros, médicos residentes, parteiras e mulheres visitantes de saúde. Dos 427 trabalhadores de saúde entrevistados, a maioria não tinha tomado conhecimento da lei nacional de amamentação (70%) ou do Código (80%). Os pediatras e os profissionais que

estavam trabalhando há 10 anos ou mais, tiveram de 2,5 a 7 vezes mais chance de conhecer a lei. Mais que 38% haviam recebido pequenos presentes, tais como canetas, lápis e calendários; 12% foram financiados para treinamentos ou conferências; e 16% receberam amostras gratuitas de fórmulas infantis das companhias. Os profissionais que conheciam a lei também foram os que tiveram maior probabilidade de relatar o recebimento de presentes e amostras gratuitas.

Os autores concluíram que a maioria dos profissionais de saúde dos hospitais tinha desconhecimento da legislação nacional de amamentação e as companhias de fórmulas infantis continuavam a burlar as proibições com presentes, amostras e financiamentos aos profissionais de saúde.

*Parrilla Rodriguez AM, Gorrin Peralta JJ. Formula labeling violations to the WHO Code: a quantitative and qualitative analysis. PR Health Sci J 2008;27:49-53*

De acordo com o Código Internacional, os rótulos devem conter informações claras e corretas, dado que eles frequentemente são a única fonte vital de informação para os consumidores lerem sobre o conteúdo do produto e o seu uso. A proposta deste estudo foi determinar as violações do Artigo 9 do Código, observando a rotulagem das fórmulas infantis em Porto Rico. Foi realizada uma avaliação qualitativa e quantitativa de 34 rótulos de fórmulas infantis, o que representou 77% dos rótulos de fórmulas infantis das quatro companhias que as comercializavam na ilha. Foi usado o instrumento padrão de monitoramento da IBFAN, que inclui 14 critérios de identificação de violações. Todos os rótulos estavam violando o Código, em um ou mais dispositivos. As violações mais surpreendentes foram: A frase que afirma “Amamentar é melhor” estava faltando em 73,5% dos rótulos, assim como o aviso de que o produto só deveria ser usado com a supervisão de um trabalhador de saúde. Nenhum dos rótulos estava em Espanhol, a língua local. Um texto idealizando o uso da fórmula infantil ou desencorajando a amamentação estava presente em 97% das amostras; a mesma porcentagem dos rótulos mostrava uma foto ou figura idealizando o uso da fórmula infantil. Os autores concluíram que era vital fazer uma legislação baseada no Código em Porto Rico, de modo a regulamentar as práticas indiscriminadas de comercialização e seus subsequentes efeitos nocivos sobre a saúde das crianças e a amamentação.

*Sokol E, Clark D, Aguayo VM. Protecting breastfeeding in West and Central Africa: over 25 years of implementation of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Food and Nutrition Bulletin 2008;29:159-62*

Este estudo documentou o progresso, os desafios e as lições aprendidas durante a implementação do Código Internacional em 24 países da África Central e Ocidental. Os dados foram obtidos por meio da revisão da literatura e de entrevistas com informantes-chaves. Doze desses países tinham leis, decretos ou regulamentações que implementavam todas ou a maioria

das deliberações do Código. Seis tinham um rascunho de lei ou de decreto aguardando a aprovação governamental ou um comitê que estava estudando a melhor maneira de implementar o Código. Três tinham um instrumento legal que regulava algumas deliberações do Código. E três ainda não haviam feito qualquer ação para implementar o Código. Declarações internacionais e iniciativas em favor da nutrição e da sobrevivência infantis foram responsáveis por impulsionar a implementação nacional do Código. Mais de 25 anos depois da sua adoção pela Assembléia Mundial da Saúde, o Código permanece sendo importante para a sobrevivência infantil e para o desenvolvimento da África Central e Ocidental. Ações nacionais para regular o marketing dos substitutos do Leite Materno devem estar acopladas às prioridades nacionais em favor da nutrição e da sobrevivência infantis. Um escopo claramente definido é essencial para uma efetiva implementação da legislação nacional. Liderança e apoio por parte dos profissionais de saúde são essenciais para endossar e fortalecer a legislação nacional. Treinamentos sobre a implementação do Código são instrumentos para uma ação nacional. A implementação do Código requer esforço e capacidade para monitorar e reforçar as ferramentas legislativas e necessita ser parte de uma múltipla e prolongada estratégia para avançar nas metas nacionais de sobrevivência e nutrição infantis.

*Merewood A, Fonrose R, Singleton M, Grossman X, Navidi T, Cook JT, Pomale T. From Maine to Mississippi: hospital distribution of formula sample packs along the eastern seaboard. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162:823-7*

Os objetivos deste estudo foram: 1) determinar a proporção de hospitais que distribuem sacolas com fórmula infantil gratuitas em 21 estados do Leste e no Distrito de Columbia, Estados Unidos. 2) investigar qualquer tendência regional ou fatores associados à descontinuidade da distribuição das sacolas de fórmulas. 3) catalogar em dois estados os itens encaminhados para as casas das novas mães, adicionais ou em substituição das sacolas de fórmulas infantis. Os dados foram coletados entre 2006 e 2007, por telefone, por assistentes de pesquisa, usando um roteiro elaborado, em 1295 hospitais. 94% dos hospitais distribuíam sacolas com amostras de fórmula. A proporção de hospitais que distribuíam foi de 70% (New Hampshire) a 100% (New Jersey, Maryland, Mississipi, West Virginia e Washington, DC). A proporção de hospitais que não distribuíam fórmula elevou-se significativamente entre 1979 e 2006. Muitos hospitais do Leste Americano distribuem sacolas com amostras de fórmulas infantis às novas mães no momento da alta, contrariamente às recomendações das maiores organizações médicas, mas essa prática está mudando significativamente.

*Rosenberg KD, Eastham CA, Kasenhagen LJ, Sandoval AP. Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. Am J Public Health 2008;98:290-5*

Este estudo usou dados do Oregon (USA) provenientes do Centro de Controle de Doenças e do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Gestação de Risco para determinar se as práticas de amamentação de 2.684 novas

mães eram afetadas pela distribuição de sacolas com amostras de fórmulas infantis, oferecidas na alta hospitalar. Depois de controlar para idade materna, raça/etnia, nível educacional e situação familiar, as mulheres que receberam amostras de fórmulas tiveram um risco 39% (intervalo de confiança 5-84%) maior de amamentar exclusivamente seus bebês por menos de 10 semanas que as mulheres que não receberam amostras de fórmula. A relação entre receber amostra e a diminuição da amamentação exclusiva era significativa a cada semana durante as 10 semanas pós parto, com maior significância em torno da 3ª semana. Portland, no Oregon, veio a ser a primeira cidade americana onde a distribuição de sacolas com amostras de fórmula, no momento da alta, foi eliminada em todos os hospitais. A distribuição das sacolas comerciais na alta hospitalar deveria ser reconsiderada, à luz de seu impacto negativo sobre a amamentação exclusiva.

*Revai K, Huston R. Hospital distribution of formula discharge bags: opinions of Texas pediatricians. Breastfeeding Medicine 2009;4:157-60*

A distribuição de sacolas de presente financiadas por companhias de fórmulas infantis, tem sido identificada como um fator de impacto negativo sobre a exclusividade da amamentação e sua duração. A Sociedade Pediátrica do Texas inquiriu seus membros, levantando a opinião deles sobre a distribuição de sacolas de presente financiadas por companhias de fórmulas infantis. Dos 1.000 membros contatados, apenas 176 responderam. Dos questionários respondidos, 55% eram favoráveis à eliminação das bolsas de presente para mães amamentando, mas apenas 24% eram a favor de uma legislação proibitiva da distribuição das bolsas de presente. 64% afirmaram que não seriam a favor de uma legislação que proibisse a distribuição de fórmula na alta hospitalar. Apesar de muitas organizações de saúde acreditarem que a distribuição de sacolas de presente financiadas por companhias de fórmulas infantis sejam prejudiciais para o sucesso da amamentação, nenhuma associação profissional fez pressão oficialmente por uma legislação que proibisse os hospitais de distribuir essas sacolas. A defesa informal tem sido muito eficaz na persuasão dos hospitais para eliminar essas bolsas de presente. Médicos que gostariam de colocar um fim nessa prática de distribuição de bolsas poderiam trabalhar junto aos seus hospitais locais para desenvolver alternativas que levem em conta os melhores interesses dos pacientes e do hospital. Esses esforços parecem ter mais sucesso que trabalhar a legislação para eliminar as sacolas de presente financiadas por companhias de fórmulas infantis, no Leste dos Estados Unidos.

*Volpe Holmes A, Chin NP, Kaczorowski J, Howard CR. A barrier to exclusive breastfeeding for WIC enrollees: limited use of exclusive breastfeeding food package for mothers. Breastfeeding Medicine 2009;4:25-30*

Nas duas primeiras semanas de vida, muitas duplas mãe-bebê pobres, nos Estados Unidos, recebem fórmula infantil do Programa WIC, no lugar de uma cesta de alimentos desenhada para mães que amamentam exclusivamente. Este

estudo foi desenhado para explorar as razões das altas taxas de suplementação com fórmulas em recém-nascidos amamentados participantes do Programa WIC e o uso limitado da cesta de alimentos do WIC. Entrevistas em profundidade foram realizadas com 29 mães que estavam amamentando parcialmente ou exclusivamente até o final de dois meses. Os resultados mostraram que os participantes viam o WIC de maneira contraditória, como um programa altamente apoiador da amamentação e da mesma forma, como um promotor das fórmulas infantis. A cesta de alimentos para mães não era valorizada, o contrário acontecendo com o suplemento de fórmulas doado, que era prestigiado. Informações erradas sobre amamentação pervertiam o sistema de cuidados de saúde e a amamentação exclusiva não era promovida como uma importante meta da saúde. A falta de acesso às bombas tira-leite, a inaceitabilidade de ordenhar leite no trabalho e as dificuldades com a amamentação em público, todos eles contribuíram para a suplementação com fórmulas. Estes dados sugerem que os usuários do WIC precisam ser informados sobre como as fórmulas podem ser prejudiciais à amamentação. Quando futuramente forem feitas mudanças na cesta de alimentos, sugere-se que grandes considerações devam ser feitas para tornar a cesta para mães amamentando mais palatável, aceitável e útil.

*Kaplan DL, Graff KM. Marketing breastfeeding: reversing corporate influence on infant feeding practices. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine 2008; doi:10.1007/s11524-008-9279-6*

A indústria de fórmulas infantis tem contribuído para as baixas taxas de amamentação por meio de vários métodos de comercialização e de propaganda. Na cidade de New York, Estados Unidos, apesar da maioria das mães iniciarem a amamentação (85%), apenas uma minoria de bebês (25%) é ainda amamentada ao atingir 8 semanas pós parto. Este artigo faz uma revisão das práticas das indústrias de fórmulas e do impacto dessas práticas, procurando possíveis caminhos para mudar esta tendência. Quando a fórmula infantil foi introduzida nos Estados Unidos, em meados de 1860, os fabricantes promoviam seus novos produtos diretamente às mulheres consumidoras nos magazines. As propagandas deixavam subentendido que os bebês necessitavam mais do que apenas amamentar para atingir uma nutrição e saúde ótimas e enfatizavam quão perto a fórmula se aproximava da composição química do leite materno. Como é ainda feito hoje, as companhias de fórmulas atraem os novos consumidores com amostras gratuitas e com informações sobre alimentação e cuidados infantis. Nos passados anos 80, muitas companhias abandonaram a propaganda direta ao consumidor e passaram a usar a comunidade médica como seu próprio veículo de propaganda: as instruções de uso nas embalagens das fórmulas orientavam as mães para obter informações sobre a alimentação com fórmulas durante as suas visitas regulares ao médico, o que fornecia uma vertente de renda aos médicos. Além disso, as companhias de fórmulas geravam bem estar aos médicos por meio de financiamentos de conferências científicas e de pesquisas em nutrição infantil. Os médicos asseguravam a sua parte com as consultas em saúde e nutrição infantil sem disputar com as companhias, enquanto que, simultaneamente, abasteciam a

produção de referências para a venda de fórmulas, servindo como uma força publicitária sem paralelo em credibilidade. Junto da profissão médica, também as políticas do país e os programas como o WIC passaram a ser uma força de promoção das fórmulas infantis. O WIC - Programa Especial de Suplementação Nutricional para Mulheres, Bebês e Crianças do Departamento de Agricultura Americano (USDA) - é responsável por mais da metade das vendas de todas as fórmulas infantis consumidas nos Estados Unidos e as fornece gratuitamente para as mães envolvidas no programa. Apesar da promoção da amamentação fazer parte das regras do WIC, as companhias de fórmulas têm manobrado o WIC como um veículo de promoção comercial. Em cada estado, um fabricante de fórmula oferece ao WIC um abatimento significativo no preço, em troca dos direitos exclusivos de fornecer as suas fórmulas para todos os participantes do WIC no estado. O dinheiro do abatimento torna-se uma substancial porção dos fundos do WIC e ele pode somente ser usado para expandir o alcance do programa, o que conseqüentemente promove uma base de consumo ampla para a venda potencial das fórmulas. Muitos estados violam as restrições do Serviço de Nutrição e Alimentação do USDA, sendo tolerantes com os fabricantes de fórmula, que usam a marca do WIC em seus materiais impressos; eles tem frequentemente especificações do tipo “Aprovado pelo WIC” e/ou “Escolhido pelo WIC”, ficando implícito o endosso do WIC ao uso do produto. Concluindo, nos Estados Unidos existe uma generalizada preferência pela alimentação com fórmulas sobre a amamentação; ela foi criada e reforçada pelas políticas, práticas e pelos programas descritos acima, que contribuíram para as decisões referentes a alimentação dos bebês; somente mudanças políticas – junto com a educação individual e da família – resultarão em mudanças positivas destas práticas prejudiciais de alimentação infantil.

## Por que Amamentar?

### Efeitos da separação temporária ao nascimento

*Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Uvnas-Moberg K, Widstrom AM. Early contact versus separation: effects on mother infant interaction one year later. Birth 2009;36:97-109*

A separação entre a mãe e o bebê após o nascimento ainda persiste em muitas partes do mundo, incluindo algumas partes da Rússia e é freqüente estar combinado com o enfaixamento do bebê. O objetivo deste estudo foi avaliar e comparar possíveis efeitos de longo prazo na interação entre mães e bebês das práticas usadas no parto e nas enfermarias da maternidade, incluindo as rotinas relativas ao contato íntimo mãe-bebê versus a separação. Um total de 176 pares de mães e bebês foram randomizados em 4 grupos experimentais. O grupo 1 continha bebês que tiveram contato pele-a-pele com suas mães após o nascimento e ficaram em alojamento conjunto dentro da enfermaria da maternidade; no grupo 2 os bebês eram vestidos e colocados nos braços maternos depois do parto e encaminhados para alojamento conjunto na enfermaria; no grupo 3 os bebês eram alocados

no berçário enquanto suas mães ficavam na enfermaria da maternidade; no grupo 4 os bebês eram alocados no berçário após o nascimento, mas depois eram encaminhados para o alojamento conjunto com suas mães, na enfermaria da maternidade. Um número igual de bebês foi ou enfaixados ou vestidos com roupinhas de bebês. Episódios de sucção precoce na sala de parto foram observados. A interação mãe-bebê foi filmada em vídeo um ano depois do nascimento. A prática do contato pele-a-pele, sucção precoce ou ambas durante as primeiras 2 horas depois do nascimento, quando comparadas com a separação entre a mãe e o bebê positivamente afetou a sensibilidade materna, a autorregulação dos bebês e a interação mãe-bebê com um ano após o parto. O efeito negativo da separação por 2 horas depois do parto não foi compensado pela prática do alojamento conjunto. Estes achados apóiam a existência de um “período sensível” durante o qual o contato íntimo entre a mãe e o bebê pode produzir um efeito positivo de longo prazo na interação mãe-bebê. E mais, enfaixar o bebê levou a um decréscimo das respostas maternas ao bebê e diminuição da interação mãe-bebê em geral.

### **Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)**

*Becquet R. Antiretroviral therapy among HIV-infected breastfeeding mothers: a promising strategy to prevent HIV transmission through breastmilk in Africa. Future HIV Therapy. 2007;1:17-21*

*Kumwenda NI, Hoover DR, Mofenson LM, Thigpen MC, Kafulafula G, et al. Extended antiretroviral prophylaxis to reduce breast-milk HIV-1 transmission. N Engl J Med 2008;359:119-129*

*Six Week Extended-Dose Nevirapine (SWEN) Study Team. Extended-dose nevirapine to 6 weeks of age for infants to prevent HIV transmission via breastfeeding in Ethiopia, India, and Uganda: an analysis of three randomised controlled trials. Lancet 2008;372:300-313*

As formas de amamentar e a sua duração estão associadas com a aquisição do HIV, mas os cálculos precisos da estimativa de transmissão pós natal, em pontos específicos relativos ao tempo de duração e à amamentação exclusiva, não estão realmente bem quantificados. Essa informação é necessária para assegurar que informações corretas e mensagens apropriadas sejam transmitidas durante o aconselhamento na alimentação infantil. Para investigar essa questão, este estudo usou um banco de dados advindos de dois estudos com desenhos similares, mas que tinham duas diferenças cruciais relativas às práticas de alimentação infantil: uma amostra urbana do Leste da África onde a cessação da amamentação era recomendada aos 4 meses e onde muitas mulheres não praticavam a amamentação exclusiva; e uma amostra rural da África do Sul, onde a ênfase era dada para práticas de amamentação segura que resultavam em uma taxa alta de amamentação exclusiva e onde a duração da amamentação era muito longa. Um total de 2.190 mulheres infectadas e 1.195 bebês que eram HIV - negativos aos 30 dias ou antes, foram incluídos no estudo. Na análise individual das taxas de transmissão pós-natal (PT) para durações específicas da amamentação, os

riscos entre crianças exclusivamente amamentadas eram muito semelhantes aos das crianças com amamentação predominante para o mesmo período. Crianças expostas aos alimentos sólidos durante os primeiros 2 meses de vida tinham 2,9 vezes (1,1 – 8,0) mais risco de serem infectadas pós-natal que crianças nunca expostas aos alimentos sólidos assim precocemente. Os autores concluíram que apesar da duração da amamentação ter sido o maior determinante da transmissão pós-natal, o risco da PT não diferia entre as crianças em amamentação exclusiva ou predominante; o efeito negativo da amamentação mista com alimentos sólidos foi confirmado. Estes achados sugerem que a introdução de líquidos baseados em água ou de suco de frutas a bebês exclusivamente amamentados pode não ser um fator deletério em termos de transmissão do HIV.

*Six Week Extended-Dose Nevirapine (SWEN) Study Team. Extended-dose nevirapine to 6 weeks of age for infants to prevent HIV transmission via breastfeeding in Ethiopia, India, and Uganda: an analysis of three randomised controlled trials. Lancet 2008;372:300-313*

A administração de drogas antiretrovirais para bebês amamentados, como forma de profilaxia pós exposição é uma interessante estratégia para reduzir a transmissão pós natal, especialmente para bebês de mulheres que apresentaram HIV tarde na gestação. Mas esta intervenção precisaria ser mantida durante a amamentação e deveria idealmente envolver drogas que parecem não estar associadas com o desenvolvimento de mutações no vírus e de resistência viral, comprometendo futuras opções de tratamento em crianças infectadas pelo HIV. Estes e outros achados similares levaram a nova consulta técnica da OMS para rever as Recomendações para Alimentação Infantil para Mães HIV Positivas, que foi adotada em Outubro de 2009.

## **Como Amamentar?**

### **Posição biológica de amamentar**

*Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. Early Human Development 2008;84:441-9*

A despeito da larga difusão das habilidades ensinadas, 37% das mães do Reino Unido que iniciam a amamentação param depois de 6 semanas, sugerindo a necessidade de reexaminar as estratégias de apoio atuais. A base da amamentação - sucção e deglutição - tem sido estudada extensivamente, mas pouco se conhece sobre outros reflexos neonatais primitivos (PNRs) que poderiam funcionar para apoiar a amamentação. O objetivo deste estudo foi descrever e comparar os PNRs observados durante a alimentação e investigar se certos sinais de bem estar alimentar e as posições coletivamente determinadas pela Biologia Alimentar estavam associadas com a presença de todos esses reflexos, cruciais no estabelecimento da amamentação bem sucedida. Foram recrutados 40 pares de mães e bebês saudáveis e de termo. Sessões de alimentação foram filmadas em vídeo no primeiro mês de vida, tanto no hospital como em casa. Vinte PNRs

foram validados e classificados em 4 tipos (endógenos, motores, rítmicos e antigravitacionais) e dois funcionais relativos à pega (abertura/fechamento e a transferência do leite), todos estimulando ou atrapalhando a alimentação. Significativamente mais PNRs foram observados como estimulantes em posturas semi-reclinadas do que quando as mães estavam de pé ou deitadas de lado. Este estudo é o primeiro a descrever uma série de posturas semi-reclinadas maternas interagindo com a posição neonatal, libertando um instintivo bem-estar materno e estimulando a amamentação. Tradicionalmente o recém-nascido humano tem sido considerado um comedor dorsal com necessidade de preensão em torno das costas do bebê. Os dados visuais compilados aqui ilustraram que os bebês humanos são comedores abdominais, como os outros animais, dispendo de reflexos antigravitacionais que ajudam na mamada. Os achados sugerem que o início da amamentação é inato para ambos, mãe e bebê, não aprendido, o que pode mudar a rotina atual de apoio da amamentação.

### **Técnica de amamentar**

*Kronborg H, Væth M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? Birth 2009;36:34-42*

A proposta deste estudo foi investigar como a técnica de amamentar e o uso de chupetas estava relacionado com os problemas de amamentação e com a sua duração. Os dados foram coletados de um grupo de intervenção, no qual os visitantes de saúde seguiram mães por 6 meses depois do nascimento. Os visitantes de saúde classificaram a técnica de amamentação com aproximadamente uma semana após o parto e repetiam a observação se a correção era necessária. A técnica efetiva incluía posição, pega, sucção e a transferência de leite. Dados dos problemas de amamentação e do uso de chupetas foram obtidos por meio de questionários auto respondidos.

A amostra randomizada incluiu 570 pares de mães e bebês, nos quais foram coletadas informações completas. Metade das mulheres mostrou técnica inefetiva na primeira observação, com maior frequência de posição inefetiva (61%) e pega (52%). As técnicas inefetivas estavam associadas significativamente com o relato das mães de problemas precoces de amamentação e influenciaram sua duração. O uso de chupetas mostrou um impacto negativo independente sobre a duração da amamentação.

Corrigir apenas a técnica de mamada não se mostrou associado com a ocorrência de problemas futuros ou com a duração. Conclusão: a observação da técnica de amamentação pode ajudar as mães a evitar problemas precoces e tardios quando estão estabelecendo a amamentação, mas a técnica de mamada é pouco útil para prever a duração da amamentação. O uso de chupetas deve ser evitado nas primeiras semanas após o nascimento.

### **Compartilhar a cama**

*Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJD, Barros FCF. Bed-sharing at 3 months and breastfeeding at 1 year in Southern Brazil. J Pediatr 2009;155:505-9*

Para investigar a associação entre compartilhar a cama aos 3 meses e a amamentação aos 12 meses, quase todas as crianças nascidas em 2004, em Pelotas, Brasil, foram incluídas num estudo de coorte. As mães foram entrevistadas ao nascimento, aos 3 meses e aos 12 meses para obter informações sócio-demográficas, reprodutivas, de amamentação e características do compartilhamento da cama. A análise foi limitada aos bebês não gemelares e que foram amamentados até os 3 meses de idade. De 4.231 nascidos vivos, 2.889 (66%) estavam sendo amamentados aos 3 meses. A amamentação aos 12 meses foi de 59% no grupo de bebês que compartilhavam a cama aos 3 meses e 44% naqueles que não compartilhavam a cama. Entre os bebês que estavam sendo exclusivamente amamentados aos 3 meses, 75% dos que compartilhavam a cama continuavam sendo amamentados aos 12 meses, versus 52% no grupo de bebês que não compartilhavam a cama.

### **Compromisso de confiança**

*Avery A, Zimmermann K, Underwood PW, Magnus JH. Confident commitment is a key factor for sustained breastfeeding. Birth 2009;36:141-8*

O objetivo deste estudo foi identificar o processo que contribui para a decisão de amamentar entre as mulheres americanas. Os dados foram obtidos inicialmente por meio de 24 grupos focais constituídos de grupos separados de gestantes Afro Americanas e Caucásicas e de mães amamentando ou alimentando com fórmula, das três maiores cidades da América. O processo associado com o sucesso da amamentação que emergiu foi chamado de “Compromisso de confiança”. Este processo incluiu vários componentes: a) confiança no processo de amamentar; b) habilidade para amamentar; c) compromisso de manter a amamentação no trabalho apesar dos obstáculos.

Contrariamente à concepção popular, a amamentação apareceu como uma habilidade a ser aprendida. Se as mães desenvolvessem um “compromisso de confiança” antes do nascimento, elas seriam hábeis para resistir à falta de apoio e aos desafios comuns que podem ocorrer no início da amamentação. Sem os elementos do “compromisso de confiança” a decisão de amamentar parece quebrar-se frente ao primeiro desafio.

### **Depressão pós parto**

*Field T. Breastfeeding and antidepressants. Infant Behav Dev. 2008;31:481-7*

Apesar da vasta quantidade de literatura que apóia os benefícios da amamentação, esta revisão levantou que amamentar é menos comum entre mulheres com depressão pós-parto, apesar dos benefícios da amamentação para seus bebês e dos benefícios das novas drogas antidepressivas disponíveis. As mães deprimidas não amamentam em parte porque acreditam que os antidepressivos podem ter um efeito negativo sobre seus bebês. Apesar das concentrações de sertralina e de paroxetina não serem detectáveis no soro dos bebês, níveis de fluoxetina e de citalopram tem sido detectados. Estes achados não são definitivos porque eles

se basearam em uma amostra muito pequena de estudos não controlados. Na literatura sobre os efeitos dos antidepressivos pré-natais, a questão que ainda se mantém é se são os antidepressivos ou se é a depressão não tratada, a causa dos efeitos mais negativos sobre os bebês. É possível que os efeitos positivos da amamentação possam aumentar os efeitos positivos dos antidepressivos para ambos, mãe e bebê. Adicionalmente, algumas terapias alternativas, como a estimulação vagal e a terapia de massagens, ambas notadas como redutoras da depressão, podem substituir ou atenuar os efeitos dos antidepressivos. Mais estudos são necessários para determinar o curso ótimo das terapias para depressão em mães que amamentam e em bebês amamentados.

*Blennig CE, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. Am Fam Physician 2005;72:2443-4*

O período pós-parto, tipicamente considerado como as seis semanas após o nascimento, pode exacerbar distúrbios da saúde física e mental em mães primíparas. Uma abordagem estruturada constituída por visitas ao serviço de pós-parto garante que as condições relevantes e as preocupações sejam discutidas e apropriadamente encaminhadas. As complicações médicas comuns durante este período incluem sangramento persistente pós-parto, endometrite, incontinência urinária e desordens da tireóide. A educação para amamentar e o aconselhamento bem conduzido podem ajudar a prolongar a amamentação. A depressão pós parto pode ser causa de morbidade para a mãe e para o bebê: uma ferramenta para pesquisar a depressão pós parto pode auxiliar no diagnóstico das condições relacionadas à depressão. A diminuição da libido pode afetar as funções sexuais depois do parto. Os médicos deveriam discutir métodos de contracepção com as pacientes no pós parto, e, para as que estão amamentando os progestágenos puros são os recomendados. O método da amenorréia lactacional pode ser uma opção para o planejamento familiar, mas para ser efetivo, ele requer critérios restritos.

## **Mastite**

*Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernandez L, Rodriguez JM. [Infectious mastitis during breastfeeding: an undervalued problem] (I). Acta Pediatr Esp 2009;67: 77-84*

*Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernandez L, Rodriguez JM. [Infectious mastitis during breastfeeding: an undervalued problem] (II). Acta Pediatr Esp 2009;67:125-32*

As glândulas mamárias normais de mães lactantes contêm bactérias tais como estafilococos, estreptococos e bactérias ácido láctico positivas. Uma variedade de fatores pode colaborar para o desenvolvimento da mastite infecciosa, uma das muitas causas do desmame precoce. Este processo é causado por um marcado aumento das bactérias causadoras de mastite e pelo desaparecimento de outras bactérias. As alterações microbianas causam uma inflamação na glândula e uma obstrução dos ductos mamários. Em alguns casos, a mastite progride causando um abscesso mamário. Em muitos

outros casos, os únicos sintomas são: uma dor penetrante, geralmente descrita como sensação de agulhada na mama, e/ou fissuras no mamilo. Isso explica porque frequentemente a mastite progride sem diagnóstico. A maioria das bactérias que causam mastite são os estafilococos e os estreptococos. As cepas causadoras de mastites geralmente apresentam resistência aos antibióticos e mecanismos que impedem a resposta do sistema imune. Poucas espécies de fungos, como a *Cândida*, também podem causar mastite, mas sua incidência é atualmente muito baixa. Em algumas mulheres, a resposta imune pode ser insuficiente para evitar a infecção. Em muitos outros casos, os estafilococos podem alterar a resposta imune normal pela produção de antígenos especiais. Às vezes, algumas linhagens de bactérias podem confundir o sistema imune por apresentarem mimetismo molecular com o hospedeiro. Um segundo fator predisponente é o uso de antibióticos no último trimestre da gestação, durante o trabalho de parto e/ou durante a lactação. Uma pequena percentagem de estafilococos e estreptococos que colonizam a glândula mamária durante a gestação e a lactação é resistente aos antibióticos. Quando uma terapia antibiótica inadequada é aplicada, as linhagens resistentes são selecionadas e crescem sem competição, atingindo altas concentrações anormais e iniciando um processo que leva à mastite infecciosa.

*Hale TW, Bateman TL, Finkelman MA, Berens PD. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. Breastfeeding Medicine. 2009;4:57-61*

O objetivo deste estudo prospectivo foi determinar se a *Cândida albicans* estava presente no leite de mulheres que sofriam de dor severa nos mamilos e na região profunda das mamas. O grupo sintomático incluía mulheres que relatavam fissuras, inflamação ou trauma nos mamilos e/ou intensa dor em agulhada ou em queimação. O grupo controle incluiu mulheres amamentando sem sintomas. A pele do mamilo e da aréola foi lavada com detergente e totalmente enxaguada. Amostras de leite foram analisadas para os vários componentes da parede celular da *Cândida albicans*. Também foram colocadas para crescer em meios de cultura para *Cândida*. Não foram achadas diferenças significantes entre as concentrações dos componentes celulares do grupo sintomático e do controle. Com exceção de uma paciente, nenhuma espécie de *Cândida* cresceu nas culturas, nem antes nem depois da adição de ferro para estimular o crescimento. Os achados sugerem que não se encontra *candida albicans* nos dutos, e portanto não parece estar associada a assim chamada "mastite por candida". De fato (cf R.Lawrence) é improvável que a mãe lactante tenha uma doença sistêmica por fungo a menos que tenha tido infecção vaginal anterior. Se se confirma um ataque por *Candida*, na pele das mamas e na boca do bebê, é necessário um tratamento global: dieta, medicação, duchas, determinação e medicar o bebê.

## Revisões Sistemáticas

Rao S, Srinivasjois R, Patole S. *Prebiotic supplementation in full-term neonates: a systematic review of randomized controlled trials. Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:755-64

Para avaliar a eficácia e a segurança da suplementação com prebióticos, em recém-nascidos de termo, foram levantados estudos controlados e randomizados no Registro Central de Pesquisas Controladas Cochrane e em outros importantes bancos de dados. Onze das 24 pesquisas identificadas, com um total de 1.459 sujeitos, foram selecionadas para análise. Todas eram pesquisas de intervenção que comparavam o uso de fórmulas lácteas suplementadas ou não com prebióticos, iniciadas antes e até 28 dias de vida, por durante 2 semanas ou mais. Seis pesquisas encontraram um aumento significativo na contagem das bifidobactérias após a suplementação e duas relataram tendência nessa direção. A metanálise estimou uma significativa redução no pH das fezes dos bebês que receberam suplementação com prebióticos. Os bebês que receberam suplementação de prebióticos tiveram uma ligeira alta no ganho de peso (1-2g) que os controles, com maciez e frequência das fezes similar a dos bebês amamentados. Todas as pesquisas, menos uma, registraram que a suplementação com prebióticos foi bem tolerada. Nessa única pesquisa, diarreia (18% vs 4%), irritabilidade (16% vs 4%) e eczema (18% vs 7%) foram relatados com mais frequência pelos pais dos bebês que receberam suplementação com prebióticos. Os autores concluíram que a suplementação com fórmulas com prebióticos é bem tolerada pelos RN de termo. Ela aumenta a contagem de colônias de bifidobactérias e de lactobactérias e resulta em fezes semelhantes a dos bebês amamentados, sem afetar o ganho de peso. No entanto, pesquisas mais amplas e de seguimento de longa duração são necessárias para determinar quais destes pequenos benefícios resultam na melhoria geral da saúde e na redução da morbidade.

Enquanto isso, as rotinas de suplementação com fórmulas lácteas com oligossacarídeos prebióticos não pode ser recomendada.

Lakshman R, Ogilvie D, Ong KK. *Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Arch Dis Child* 2009;94;596-601

Muitos bebês no Reino Unido e de muitos outros países recebem algum leite formulado. As variações nas práticas de alimentação com fórmulas podem ter consequências de curta ou longa duração ou ambas. Para esta revisão sistemática, estudos relatando experiências com os pais na alimentação com fórmulas foram buscados para entender como a decisão de alimentar com fórmulas era tomada. Coletamos e avaliamos estudos relevantes em língua inglesa, identificados por meio da procura em 12 bancos de dados eletrônicos, listas de referências e artigos descritivos e por meio do contato telefônico com os autores. Seis estudos qualitativos e 17 quantitativos (envolvendo 13.263 participantes) foram incluídos.

A despeito das diferenças marcantes nos desenhos dos estudos, no contexto, foco e qualidade, vários temas consistentes emergiram. Mães que alimentavam seus bebês com mamadeira experimentavam emoções negativas como culpa, raiva, pena, dúvidas e a sensação de estar falhando. As mães relatavam que receberam poucas informações sobre a alimentação com mamadeira e que não se sentiram empoderadas para tomar decisões. Erros na preparação das mamadeiras foram comuns. Nenhum estudo examinou como as mães tomam decisões sobre a frequência ou a quantidade das refeições com mamadeira. Os autores concluíram que as informações e o apoio inadequados dados às mães que decidem dar mamadeira podem colocar a saúde de seus bebês em risco. Sabemos ser importante promover a amamentação, mas também é necessário assegurar que as necessidades das mães de mamadeira sejam supridas.

### Preparado por

**Geneva Infant Feeding Association (GIFA), membro da International Baby Food Action Network (IBFAN)**

**Editores: Adriano Cattaneo e Marina Ferreira Rea**

**Editor especialmente convidado: Annelies Allain, ICDC, Penang.**

**Elaine Petitat-Côté revisou e editou o texto original em inglês.**

Maha Lahode formatou o original: Breastfeeding Briefs

### Edição Brasileira:

**Tradução: Ana Júlia Colameo**

**Revisão: Marina Ferreira Rea**

**Editoração: Nelson Francisco Brandão**

**IBFAN Brasil - Coordenação: Rosana De Divitiis**

**Rua Carlos Gomes, 1513, sala 02 - Jardim Carlos Gomes**

**13215-021 - Jundiaí - SP - Brasil**

**Telefax (11) 4522 5658 - [ibfanbrasil@terra.com.br](mailto:ibfanbrasil@terra.com.br)**

Realização:



Esta publicação foi realizada com apoio do:

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA  
ARMÊNIO CRESTANA  
**IEPAC**  
**SECONCI**  
sã o . p a u l o