



Atualidades em Amamentação

Nº 48-49, Dezembro de 2010

FARMÁCIAS AMIGAS DA CRIANÇA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde e a Federação Farmacêutica Internacional os farmacêuticos têm potencial e recursos adequados para melhorar a demanda terapêutica e a qualidade de vida de pacientes; e devem se colocar à frente no sistema de cuidados com a saúde. E mais, farmacêuticos devem ter importante papel na promoção da saúde, incluindo-se nisto a nutrição. Ao invés de serem restritas à distribuição e venda de alimentos com propósitos médicos, as farmácias podem se tornar cenário de acolhimento aos princípios das políticas nacionais de proteção, promoção e apoio à alimentação infantil apropriada. Baseado nesses princípios, uma associação sem fins lucrativos italiana, a Il Melograno, que promove a prática de partos centrados na participação familiar desde 1981, recentemente lançou a Iniciativa Farmácia Amiga da Criança (IFAC).

A IFAC foi concebida no início de 2007 e apresentada mais tarde nesse mesmo ano em um encontro organizado em Verona pela Associação Farmacêutica em colaboração com autoridades de saúde locais. No final desse mesmo ano, a IFAC foi apresentada e discutida em Milão, no Congresso de Iniciativa Comunidades Amigas da Criança, organizado pelo UNICEF. As primeiras farmácias amigas da criança foram oficialmente credenciadas em Verona-2007 e Bassano-2008. Entre 2008 e 2009, 17 farmácias se inscreveram com o intuito de se tornarem Amigas da Criança e 63 farmacêuticos receberam treinamento específico baseado no material da Organização Mundial de Saúde e UNICEF. Outros profissionais de saúde, conselheiros e grupos de apoio às mães que amamentam foram envolvidos nessas atividades.

A IFAC logo se espalhou para outras cidades e regiões da Itália. Em março de 2010, uma farmácia em Verona recebeu o título de Amiga da Criança, numa cerimônia onde estava presente o Ministro da Saúde italiano, que apoiou oficialmente a iniciativa. A IFAC recebeu apoio oficial também do Comitê Italiano do UNICEF, da Associação Cultural de Pediatras e da IBFAN italiana.

Para se tornar Amiga da Criança, a farmácia deve cumprir 9 passos:

- 1) Ter norma escrita sobre a alimentação de crianças de primeira infância, em concordância com a política nacional, com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções subsequentes e relevantes da AMS;
- 2) Treinar todo o pessoal envolvido ;
- 3) Informar todas as mães sobre os benefícios do aleitamento materno e os riscos da alimentação com fórmulas;
- 4) Apoiar e encorajar todas as mães a iniciar e manter o aleitamento materno;
- 5) Adequar o local para acomodação de mães com seus bebês e seus filhos;
- 6) Promover o aleitamento materno como norma e evitar a divulgação da mamadeira;
- 7) Vender substitutos do leite materno apenas com prescrição e evitar quaisquer promoções destes;
- 8) Comprar e vender substitutos do leite materno pelo preço de custo, evitando campanhas que promovam desconto, bem como rejeitar promoções de brindes para as mães;
- 9) Promover ativamente iniciativas de apoiar o aleitamento materno, em projetos comunitários, associando-se a artistas interessados em proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

Cada um dos 9 passos tem entre um e 4 critérios a serem verificados pelos avaliadores para checar o grau de obediência a cada um dos passos referidos. Muitos dos passos e critérios, foram obtidos daqueles contidos na Iniciativa Hospital Amigo da Criança e naqueles da Iniciativas Comunitárias, com os quais os leitores do Atualidades em Amamentação estão familiarizados. Interessante notar que os passos 7 e 8 são novos e específicos para farmácias.

O passo 7 requer da farmácia a remoção de suas prateleiras, de todos os produtos que estão listados como proibidos pelo Código Internacional e os disponha atrás do balcão ou em cômodo separado, fora da área destinada de escolha livre dos clientes. Os clientes devem fazer pedido específico pelo produto e o farmacêutico treinado deve perguntar a razão da demanda e ajudar a mãe a superar os problemas com a amamentação, se houver algum.

O passo 8 implica na recusa da farmácia em servir de intermediário ou promotor das indústrias através de campanhas destinadas ao aumento das vendas. A farmácia deve rejeitar anúncios, brindes, material impresso ou áudio-visual, descontos, cupons, prêmios, vendas casadas e outras formas de promoção, recusar-se a repassá-los aos clientes e ainda não aceitar exposição de produtos dentro do escopo do Código.

Uma vez tendo recebido o título de Amiga da Criança, a farmácia será periodicamente submetida a uma avaliação externa para verificar se ainda se adéqua aos 9 passos e seus critérios.

A Iniciativa Farmácia Amiga da Criança, deve se estender às 17.000 farmácias e 70.000 farmacêuticos na Itália; as taxas de aleitamento materno exclusivo e a duração do aleitamento materno precisam indubitavelmente crescer conforme recomendado.

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal* 2009;4:11

Este estudo usou dados de países conseguidos pelos escritórios do UNICEF e dados das Pesquisas em Demografia e Saúde (DHS) para avaliar a relação entre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) em 14 países. O aumento na duração do AME encontrada em crianças de 0 a 2 e 0 a 6 meses, foi observado apenas após a implementação da IHAC, em valores estatisticamente significantes. Com a implementação da IHAC, houve aumento do AME de 1,54% para crianças de 0 a 2 meses e de 1,11% de 0 a 6 meses. No entanto estes índices não mostraram aumento em relação ao período anterior à implementação da IHAC. Pequenas amostras podem ter contribuído para que os resultados não mostrassem diferenças estatisticamente significantes, quando comparados àqueles encontrados prévios à implementação. Utilizando-se pesquisas observacionais, há dificuldade em se demonstrar a influência positiva da IHAC no AME.

Bartick M, Stuebe A, Shealy KR, Walker M, Grummer-Strawn LM. Closing the quality gap: promoting evidence-based breastfeeding care in the hospital. *Pediatrics* 2009;124:e793-e802

Nos Estados Unidos em 2007, em pesquisa realizada com maternidades o Centro de Controle de Doenças constatou pouca adesão às práticas baseadas em evidência. Fez parte da avaliação a obtenção de um total de 100 pontos possíveis (score) e a média atingida pelos serviços foi de 63 pontos, com grandes disparidades regionais. Mecanismos de compra inapropriados e promoção de fórmulas infantis foram achados comuns, mesmo sabendo-se que esses elementos reduzem o sucesso na duração do aleitamento materno. Cerca de 24% dos serviços admitiram o hábito de oferecer complemento a mais da metade de bebês nascidos saudáveis e à termo. A qualidade com os cuidados da amamentação variou de ter recebido o certificado da IHAC até mostrar apenas o cumprimento de alguns dos passos. Este artigo também destaca outras medidas para melhorar a qualidade do aleitamento materno: 1) educação dos tomadores de decisão a nível hospitalar; 2) reconhecimento da excelência do Serviço; 3) mais atenção das organizações encarregadas da acreditação; 4) informação ao público quanto aos indicadores de qualidade do aleitamento materno; 5) incentivo financeiro à produtividade, para hospitais que atinjam metas nos padrões de qualidade; 6) colaboração regional entre as equipes de diferentes hospitais que trabalhem juntas para trocar experiências e que atinjam os objetivos de melhora na qualidade em suas próprias instituições.

García-de-León-González R, Oliver-Roig A, Hernández-Martínez M, Mercader-Rodríguez B, Muñoz-Soler V, Maestre-Martínez MI, Monreal-Tomás AB. Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process. *Acta Paediatr* 2010 (Epub ahead of print)

Este estudo descreve em detalhe o longo processo de melhora da qualidade rumo ao título de Hospital Amigo da Criança, realizado por uma equipe de um hospital no distrito de Yecla, uma pequena cidade da Espanha e o efeito positivo da intervenção em suas taxas de aleitamento materno. A intervenção incluiu ciclos de treinamento e orientação profissionais, auditorias e feed-backs, cujo objetivo era levar à melhoria da qualidade nas ações pró aleitamento materno tanto da equipe hospitalar quanto da comunidade local. O comprometimento com todos os critérios globais da IHAC foram aumentando até todos serem acatados em 2004. Entre 1997 e 2005, uma amostra randomizada de 1273 crianças nascidas no hospital foi seguida nas unidades de cuidados primários. A mediana de duração no aleitamento materno foi aumentando gradativamente conforme progredia a intervenção. A proporção de crianças amamentadas por ocasião da alta hospitalar aumentou de 78% em 1997 para 97% em 2005. A proporção aos 7 meses aumentou no mesmo período de 12% para 50%. Além disso, a probabilidade de estar em aleitamento materno nas várias idades, entre as crianças nascidas em 2005, foi de 45% a 86% maior do que entre as crianças nascidas em 1997.

Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, Lopez Melcher C. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact* 2010;26:130-7

Este foi um estudo hospitalar de cohort prospectivo, conduzido pela enfermagem com dados obtidos de 19 hospitais em San Bernardino e Riverside, Califórnia - EUA; tomando-se todas as mães (n=21842) que deram a luz a partos únicos, (entre 37 e 40 semanas de gestação), no período de Julho de 2005 a Junho de 2006. A análise dos dados mostrou que a intenção materna sobre a alimentação do filho (medida antes do nascimento), as características sócio-demográficas, variáveis intra-parto e o contato precoce pele-a-pele nas 3 horas que se seguem ao parto, estiveram associadas ao aleitamento materno exclusivo durante a permanência hospitalar. Comparadas às mães que não tiveram contato precoce pele-a-pele, a taxa de aleitamento materno exclusivo foi quase 40% maior nas que experimentaram o pele-a-pele por 1-15 minutos após o parto, quase 70% nas que o fizeram por 16-30 minutos, mais que o dobro entre as que o fizeram por 31-59 minutos e o triplo se por mais de uma hora. Estes resultados demonstram uma relação dose-resposta entre contato precoce pele-a-pele e exclusividade do aleitamento materno.

Zakarija-Grković I, Burmaz T. Effectiveness of the UNICEF/ WHO 20-hour course in improving health professionals' knowledge, practices, and attitudes to breastfeeding: before/after study of 5 maternity facilities in Croatia. *CroatMed J* 2010;51:396-405

Este artigo descreve as mudanças em conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, trazidas pelo novo curso de 20 horas da UNICEF/OMS antes (n=424) e depois (n=308) do treinamento. O curso se deu em 5 dos 9 hospitais do sul da Croácia entre dezembro de 2007 e fevereiro de 2009. Antes dele, somente 1/5 dos profissionais da saúde tinha conhecimento de que para amamentar, é desnecessário o preparo das mamas no pré-natal. Após o treinamento, o índice de conhecimento aumentou para 57%. A proporção de profissionais capazes de reconhecer as práticas hospitalares de apoio ao aleitamento materno e os sinais de posicionamento inadequado quase dobrou. Por outro lado a proporção que recomenda contato precoce pele-à-pele seguido a cesárea com anestesia local, não aumentou significativamente, embora os mais jovens (abaixo de 36 anos) mostraram-se mais sensíveis às novas práticas. Mesmo tendo após o treinamento melhorado sua expertise no manejo da mastite, 47% dos profissionais mostraram conduta inapropriada, ora sugerindo interrupção parcial, ora total do aleitamento. A equipe que já exibia atitude favorável ao aleitamento materno aumentou de 65 para 79%, enquanto aquela cuja atitude era neutra caiu de 27% para 10%.

Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, Hunter K, Meek J, Morton J, Williams T, Naylor A, Lawrence RA. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 2010;126;289-297

O presente estudo analisou se um programa específico de residência melhora os conhecimentos, práticas e confiança dos médicos em oferecer cuidados com o aleitamento materno e se a implementação desse currículo esteve associada com o aumento das taxas de aleitamento materno. Uma coorte de 417 residentes foi envolvido em um estudo controlado sobre um novo currículo elaborado pela Academia Americana de Pediatria, em conjunto com especialistas de outras associações profissionais. Seis programas de residência dos Estados Unidos receberam a intervenção de melhoria curricular, enquanto 7 não (controle). Os residentes completaram testes antes e depois da intervenção. Taxas de aleitamento materno foram obtidas de prontuários aleatoriamente selecionados de clínicas e hospitais nos quais os residentes haviam sido treinados. Os residentes dos hospitais com currículo modificado se saíram melhor dos que os dos hospitais "controle" respectivamente em: 2.8, 2.1 e 2.4 vezes para conhecimento, prática e confiança. As crianças cujas instituições tiveram o currículo implementado obtiveram 4,1 vezes maior probabilidade de serem amamentadas exclusivamente 6 meses após a intervenção.

POR QUE AMAMENTAR?

CUSTOS

Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* published online Apr 5, 2010

Foram calculados gastos atuais despendidos nos cuidados com enterocolite necrotizante, otite média aguda, gastroenterocolite, hospitalizações por infecções do trato respiratório inferior, dermatite atópica, síndrome da morte súbita, asma, leucemias, diabetes tipo I e obesidade na infância; estes foram comparados com os custos estimados se 80 a 90% das famílias americanas cumprissem as recomendações de aleitamento materno exclusivo por 6 meses. A análise de custos foi conduzida usando-se a proporção de riscos apontada pela Agência de Pesquisa em Qualidade e Cuidados com a Saúde- (excluindo-se o Diabetes tipo 2 por dados insuficientes), as taxas de Aleitamento Materno de 2005 do CDC e os valores do dólar de 2007. Se 90% das famílias pudessem cumprir as recomendações de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, os Estados Unidos economizariam \$13 bilhões por ano e preveniriam 911 mortes aproximadamente, das quais a maioria de crianças. Se 80% cumprissem tal recomendação, a economia seria de \$10,5 bilhões e evitariam 741 mortes. Investimento em estratégias que promovam e prolonguem o aleitamento materno exclusivo provam-se custo efetivas.

FÓRMULA COM PRÉ OU PRÓ-BIÓTICOS

Thomas DW, Greer FR & Committee on Nutrition; Section on Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Pediatrics* published online Nov 29, 2010

Este artigo relata os atuais conhecimentos sobre os benefícios dos produtos pré e pró-bióticos, inclusive aqueles contidos em fórmulas infantis, bem como em outros produtos destinados à alimentação da criança. Probióticos são complementos ou alimentos que contêm micro-organismos vivos que causam alterações na micro-flora intestinal do hospedeiro. O uso de probióticos tem se mostrado modestamente efetivo em estudos clínicos randomizados para: 1) tratamento de gastroenterocolites virais agudas em crianças saudáveis; 2) na prevenção da diarreia consequente ao uso de antibióticos em crianças saudáveis. Há alguma evidência de que os probióticos previnem a enterocolite necrotizante em crianças nascidas de muito baixo peso (peso ao nascer entre 1000 e 1500g), embora mais estudos sejam necessários.

Os prebióticos são complementos ou alimentos que contêm um ingrediente alimentar não digestível, que estimula seletiva e favoravelmente o crescimento e ou a atividade de uma bactéria probiótica do próprio organismo. O leite humano contém substancial quantidade de prebióticos, constituídos quase que na totalidade de oligossacarídeos. Prebióticos oligossacarídeos também são adicionados a muitos complementos dietéticos industrializados. Tem sido demonstrado que em crianças nascidas a termo e saudáveis, as fórmulas enriquecidas com probióticos não pare-

cem prejudiciais. Por outro lado, a evidência de eficácia clínica para esta adição, não é suficiente para que se recomende o uso rotineiro dessas fórmulas.

ESCLEROSE MÚLTIPLA

Langer-Gould A, Huang S, Gupta R, Leimpetet AD, Greenwood E, Albers K B, Van Den Eeden SK, Nelson L M. Exclusive Breastfeeding and the Risk of Postpartum Relapses in Women With Multiple Sclerosis. *Arch Neurol*. 2009;66(8):958-963

Este estudo foi realizado para determinar se o aleitamento materno exclusivo protege contra as recidivas em portadoras de Esclerose Múltipla (EM) e em caso afirmativo, se essa proteção estaria associada à amenorréia lactacional prolongada.

Entrevistas estruturadas foram conduzidas para obtenção de histórico clínico, menstrual e sobre a amamentação, durante cada trimestre de gestação, assim como aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses de pós-parto. O estudo coletou dados de exames neurológicos feitos por médicos que tratavam mulheres com EM. Foi comparado um grupo de 32 gestantes portadoras de EM com um grupo controle constituído de 29 gestantes, ajustados por idade e severidade da doença. Das 52% que não amamentaram ou começaram administração regular de complementos nos primeiros 2 meses, 87% tiveram recidiva no pós-parto, comparadas a 36% de mulheres com EM que amamentaram exclusivamente pelo menos até 2 meses após o parto. 60% relataram que o principal motivo de seguirem com aleitamento materno exclusivo foi recomendar a terapêutica para a EM. As mulheres que amamentaram exclusivamente tiveram amenorréia prolongada ($P=.001$) em comparação àquelas que não o fizeram; e a amenorréia lactacional esteve associada com diminuição do risco de recidivas no pós-parto ($P=.01$). Os achados sugerem que a amamentação exclusiva e a concomitante supressão dos ciclos menstruais reduzem significativamente o risco de recidivas da EM no pós-parto e questiona-se os benefícios do aleitamento materno exclusivo, como opção de algumas, apenas para recomencem a terapêutica de controle da doença; entretanto isto deve ser avaliado em maior estudo.

COMO AMAMENTAR?

LICENÇA MATERNIDADE

Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics* 2009;123:e38-e46

O presente estudo avaliou a relação existente entre o aleitamento materno e a licença maternidade, antes e depois do parto, em trabalhadoras do sul da Califórnia. A Califórnia é um dos 5 estados dos Estados Unidos que oferece licença maternidade paga, permitindo seu prolongamento para o fortalecimento do vínculo. A partir de um estudo caso-controle de bebês prematuros e de baixo peso ao nascer, foram sorteadas 770 mães que trabalhavam

em período integral. Estas foram comparadas conforme estabelecimento do aleitamento materno no primeiro mês ou não. Para as que amamentaram, a duração foi avaliada. Critérios de inclusão para o estudo: participação no programa de triagem pré-natal da Califórnia, nascidos vivos entre Julho de 2002 e Dezembro de 2003; Mães com pelo menos 18 anos de idade; parto de feto único e que não apresentasse anomalias congênitas; endereço nos Estados Unidos para correspondência. Mulheres que não retornaram ao trabalho comparadas àquelas que tiveram licença maternidade de 6 semanas ou de 6 a 12 semanas pós-parto mostraram-se de 4 e 2 vezes, respectivamente, com maior risco de falha no estabelecimento da amamentação e maior probabilidade de cessá-la, após tê-la estabelecido. O impacto da licença curta no pós-parto, contribuindo com o término da amamentação foi mais forte entre as mulheres que não exerciam cargos de liderança, para as que tinham tarefas sem flexibilidade de mudança ou para as que apresentavam problemas psicossociais. Licença concedida no último mês de gestação não esteve associada com o estabelecimento ou duração do aleitamento materno. Os resultados mostram que a licença maternidade pode ter influência positiva na amamentação de mulheres que trabalham em período integral, principalmente para as que têm cargos subordinados, exercem tarefas sem flexibilidade de mudanças ou que passam por transtornos psicossociais. Os pediatras devem incentivar a licença-maternidade, apoiar o prolongamento da licença paga e a maior flexibilidade nas condições de trabalho de mães nutrizes.

PERDA DE PESO APÓS O NASCIMENTO

Flaherman VJ, Bokser S, Newman TB. First-day newborn weight loss predicts in-hospital weight nadir for breastfeeding infants. *Breastfeeding Medicine* 2010;5:165-8

Em 1049 recém-nascidos de São Francisco, Califórnia, foi avaliada a relação entre a perda de peso apresentada nas primeiras 24 horas de vida e a subsequente perda de peso observada, segundo idade gestacional, tipo de parto, sexo, tipo e método de alimentação à saída do hospital. A menor perda média de peso registrada foi de 6% (+ - 2,6%) com 38,7 horas de vida (+-18,5) em média. Enquanto ainda estavam no hospital, 6,4% das crianças perderam 10% do peso de nascimento. Crianças que perderam 4,5% do peso de nascimento nas primeiras 24 horas tiveram 3,57 (1,75 a 7,28) maior risco de perder 10% do peso ainda no hospital. Crianças que apresentem maior perda de peso no primeiro dia de vida devem passar por intervenções visando melhorar a ingesta de leite materno, já que essa perda do primeiro dia permite antever maiores riscos de perdas subsequentes.

MÉTODO MÃE CANGURU

Gathwala G, Singh B, Singh J. Effect of kangaroo mother care on physical growth, breastfeeding and its acceptability. *Tropical Doctor* 2010;40:199-202

Estudo controlado randomizado realizado no estado

de Haryana, na Índia, objetivou determinar se o Método Mãe Canguru (MMC) melhora o crescimento e a amamentação de 110 crianças nascidas de baixo peso, assistidas por 16 meses e que foram submetidas ou ao Método (pelo menos 6 horas por dia, mesmo após a alta da unidade de cuidados intensivos); ou a um grupo controle mantido em incubadora seguida de berço convencional. A média gestacional foi de 35 semanas e a média de peso de 1,69kg nos dois grupos. O MMC foi iniciado aproximadamente com 1,7 dias de vida e deixado em média por 10 dias. A média de ganho de peso estimada no grupo em MMC foi de 21,9g/dia comparada com 18,61g/dia no grupo controle; o ganho estimado para o crescimento foi de 1,03cm/semana contra 0,74 respectivamente; a média de ganho no perímetro cefálico foi de 0,59cm/semana contra 0,47. Estas diferenças foram todas estatisticamente significativas. A taxa de aleitamento materno exclusivo aos 3 meses de vida foi de 88% no grupo que se utilizou do MMC e de 72% no grupo controle. O MMC foi aceito tanto pelas mães quanto pela equipe de enfermagem.

ODOR E LEITE MATERNO

Nishitani S, Miyamura T, Tagawa M, Sumi M, Takase R, Doi H, Moriuchi H, Shinohara K. The calming effect of a maternal breast milk odour on the human newborn infant. *Neuroscience Research* 2009;63:66-71

O presente estudo examinou os efeitos dos odores do leite materno da mãe, de outras mães e o odor do leite de fórmula na resposta à dor em recém-nascidos (RN) submetidos a picadas de agulha no calcanhar de rotina. Foram recrutadas 48 crianças saudáveis, dispostas aleatoriamente em quatro grupos: odor do leite da própria mãe (OLPM), odor do leite de outra mãe (OLOM), odor do leite de fórmula (OLF) e em um grupo controle (GC). Para avaliar as reações das crianças em resposta às picadas: choro, agitação psicomotora e contrações faciais foram gravados durante o experimento como índices de comportamento em resposta à dor. O grupo submetido a OLPM foi o que apresentou melhor comportamento se comparado aos outros grupos. Por outro lado, os grupos OLOM e OLF não diferiram significativamente do GC. O cortisol salivar foi medido, como índice bioquímico, antes e depois da picada no calcanhar no GC e no OLPM; o nível de cortisol salivar aumentou no GC, mas não no OLPM. Os resultados sugerem que a dor é aliviada nos RN, quando expostos ao odor do leite da própria mãe.

FATORES DE RISCO

Thompson JF, Heal LJ, Roberts CL, Ellwood DA. Women's breastfeeding experiences following a significant primary postpartum haemorrhage: a multicentre cohort study. *International Breastfeeding Journal* 2010;5:5

O objetivo deste estudo foi descrever a amamentação na primeira semana e aos 2 e 4 meses em um grupo de 206 mulheres que apresentaram hemorragia intensa no pós-parto (HPP) (perda sanguínea de 1500 ml ou mais nas 24 horas após o nascimento e/

ou significativa queda na concentração de hemoglobina). Dessas mulheres, 63% amamentaram quase exclusivamente desde o nascimento (enquanto 85% diziam desejar fazê-lo). Somente 52% das mães que disseram pretender amamentar quase-exclusiva ou parcialmente deram chance aos seus bebês de mamar dentro da primeira hora após o nascimento. A demora foi maior nas mulheres que apresentaram intensa perda sanguínea; e nestas, a probabilidade de iniciar a amamentação quase-exclusiva foi menor. 58% e 45% das mulheres com HPP intensa estavam amamentando quase exclusivamente, respectivamente aos 2 e 4 meses. Mulheres com HPP intensa requerem maior apoio, educação e assistência para iniciar e manter a amamentação. Particularmente, deve ser encorajada a prática da sucção do RN o mais precocemente possível.

Khoo AKK, Dabbas N, Sudhakaran N, Ade-Ajayi N, Patel S. Nipple pain at presentation predicts success of tongue-tie division for breastfeeding problems. *Eur J Pediatr Surg* 2009; 19: 370-373

Numa clínica especializada em avaliação e tratamento de freio da língua curto, 62 crianças menores de 90 dias de vida foram submetidas à frenulotomia e subsequente seguimento. Para avaliar fatores preditivos de sucesso pós-operatório, um questionário padronizado dos sintomas foi aplicado antes e 3 meses após a cirurgia. Na primeira avaliação pré-operatória, 52 mulheres (84%) referiram dor mamilar, e 32 (52%) trauma mamilar. Três meses após a frenulotomia, 78% das participantes ainda estavam amamentando. A duração das mamadas (média de redução 17 minutos) e o tempo entre as mamadas (média de aumento 38 minutos) melhoraram significativamente, assim como as dificuldades em amamentar (média de melhora quando auto-avaliada por score, de 42%). Aquelas que referiram dores nos mamilos se beneficiaram da frenulotomia; a dor mamilar antes da frenulotomia esteve associada com uma probabilidade quase 6 vezes maior de amamentar aos 3 meses, em análise ajustada.

Nommsen-Rivers LA, Chantry CJ, Peerson JM, Cohen RJ, Dewey KG. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2010;92:574-84

Este estudo examinou a demora no início da lactogênese apresentada por 431 primíparas que deram à luz a termo e iniciaram a amamentação. As entrevistas foram conduzidas no pré-natal e aos 0, 3 e 7 dias de pós-parto. Dados obstétricos e do RN foram obtidos dos prontuários. O início da lactogênese foi considerado atrasado, quando ocorrido após 72 horas do parto. A mediana de início foi 68,9 horas pós-parto e o atraso foi experimentado por 44% de mulheres. Em um modelo multivariado ajustado para medir intenção de amamentar ainda no pré-natal, fatores de risco independentes para o atraso na lactogênese foram: idade materna maior ou igual a 30 anos, índice de massa corporal dada como sobrepeso ou obesidade, peso ao nascer maior de 3600g, au-

sência de desconforto mamilar entre 0 e 3 dias de pós-parto e indícios de mamadas ineficientes pelo RN que ocorressem 2 ou mais vezes nas primeiras 24 horas. Intervenções da Saúde Pública, de cuidados obstétricos e de maternidade são necessários, buscando soluções para o problema do retardo da lactogênese.

Pearce A, Li L, Abbas J, Ferguson B, Graham H, Law C and the Millennium Cohort Study Child Health Group. Childcare use and inequalities in breastfeeding: findings from the UK Millennium Cohort Study. Arch Dis Child published online June 7, 2010

Na Inglaterra as taxas de aleitamento materno são baixas e variadas nos diversos grupos socioeconômicos. As diversas formas de cuidado da criança podem ser cenário ideal para a promoção do aleitamento materno. Usando dados de uma coorte de 18.050 crianças, este estudo comparou a amamentação por no mínimo 4 meses considerando-se: cuidados informais (realizados por amigos, avós ou parentes) e cuidados formais (berçários) - ambos tendo recebido a criança antes dos 4 meses de vida, com permanência de pelo menos 10 horas por semana - e sendo cuidado somente por um dos pais - incluindo babá ou creche por menos de 10 horas semanais. Todos esses grupos foram comparados entre si e em relação à sua situação sócio-econômica. Ser cuidado apenas por um dos pais, comparado a cuidados informais (período parcial ou integral) e a cuidados formais por berçários (período integral) mostrou, respectivamente, 49% e 16% de menor probabilidade de a criança ter sido amamentada. Nos cuidados informais não se observou diferença na probabilidade de continuar amamentando entre os grupos sócio-econômicos. Nos cuidados formais foi observada redução na probabilidade de continuar a amamentação entre as mulheres que exerciam cargos de chefia, profissionais de carreira, mulheres que possuíam grau universitário e as que estavam em situação de chefe de família. Em contrapartida, mulheres solitárias estiveram mais propensas a amamentar tendo os filhos cuidados em berçários de período integral.

HIV

Couto de Oliveira MI, Silveira da Silva K, Gomes Junior SC, Matos Fonseca V. Delivering rapid HIV tests results after delivery: a threat to breastfeeding at birth. Rev Saúde Pública 2010;44:60-9

O estudo avaliou possível associação entre realização do teste rápido para HIV antes/durante o parto e falha para amamentar na primeira hora de vida. Para testar esta hipótese, na cidade do Rio de Janeiro - Brasil, em 2006, um grupo de 944 mães de 5 maternidades "Amigas da Criança" foram seguidas em programa de alto risco gestacional do momento da realização do teste rápido à primeira mamada no peito. Entre as participantes, 15,6% receberam o resultado do teste rápido para HIV antes do parto enquanto 30,8% receberam após o parto. Aproximadamente 53,6% não tinham sido informadas de seus resultados até o momento da entrevista. A prevalência de falha na amamentação na primeira hora

de vida foi de 52,3%. Ter recebido o resultado após o parto dobrou o risco de falha na amamentação. Outros fatores de risco foram: mulheres não brancas, baixa renda materna (menor do que o salário mínimo), parto cesárea, mulheres que referiram desejo de não amamentar e mulheres que disseram que o hospital não as havia ouvido. A falta de conhecimento da mãe sobre o teste rápido do HIV foi considerado fator protetor. A testagem para HIV deveria ser amplamente disponível no pré-natal; a indicação do teste rápido no momento da admissão na maternidade deveria se restringir a casos específicos e os resultados, prontamente entregues.

WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF. Guidelines on HIV and infant feeding. 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. (WHO document online)

Foram relatadas evidências de que o uso de antirretrovirais por mães portadoras de HIV ou por crianças expostas a este vírus pode reduzir significativamente o risco de transmissão pós-natal através da amamentação. Estas evidências implicam em rever como mulheres que vivem com HIV alimentam seus filhos e como a equipe de saúde deve orientá-las. Pensando nisso, a Organização Mundial de Saúde iniciou um processo para elaborar um guia e criou um grupo para cuidar disso em 2009, além de um Guia preliminar. Os princípios estipulados nesse Guia revêem as recomendações anteriores sobre alimentação infantil na vigência de HIV, baseando-se em revisões sistemáticas, perfil e níveis de evidência, tabela para riscos e benefícios, e também em discussões sobre o impacto potencial de um guia de recomendações sobre os direitos humanos e os custos. O Guia da Organização Mundial de Saúde recomenda que as autoridades de cada país decidam qual a prática de alimentação infantil recomendar: se amamentação combinada a antirretrovirais para redução da transmissão ou evitar completamente a amamentação -- que será então instituído e promovido nos Serviços de Saúde Materno-Infantis. Isto difere da recomendação prévia da OMS, onde se sugeria que os profissionais de saúde discutissem com as mães portadoras de HIV individualmente as várias formas de alimentação infantil, ocasião na qual a mãe faria sua melhor escolha. Onde exista a terapia antirretroviral, mães sabidamente infectadas agora poderão amamentar até os doze meses de vida da criança. Permanece a recomendação de que a substituição da amamentação não deva ser feita a menos que aceitável, factível, acessível, sustentável e segura (AFASS). Reconhecendo-se que a terapia antirretroviral não será implementada de forma uniforme, devem ser dadas orientações do que fazer enquanto ela não estiver disponível.

DEFICIENCIA DE IODO

Mulrine HM, Skeaff SA, Ferguson EL, Gray AR, Valeix P. Breast-milk iodine concentration declines over the first 6 months postpartum in iodine-deficient women. Am J Clin Nutr 2010;92:849-56

Pouco se sabe sobre o nível de iodo de nutrizes e de seus filhos; ou, se deficientes, sobre as quantidades de iodo requeridas. A deficiência de iodo em gestantes e nutrizes e conseqüentemente em seus filhos é mais frequente do que se pensa e muitos países indicam suplementação. Este estudo controlado randomizado se deu na Nova Zelândia e mediu em análise diária a concentração de iodo em mães e crianças tanto sérico quanto no leite materno durante os primeiros 6 meses de amamentação; de 109 nutrizes, 56 receberam placebo, 27 receberam 75 microgramas e 26 receberam 150 microgramas de iodo desde o nascimento de seus bebês até 24 semanas de pós-parto. No período de 24 semanas, a média de concentração urinária de iodo em não suplementadas e de seus filhos foi insuficiente (20 a 41 mcg/L em mulheres e 34-49 mcg/L nas crianças; sendo 100 mcg/L o valor normal mínimo). A média materna nas mulheres suplementadas foi de 2,1-2,4 vezes maior, mas não houve diferença entre os grupos suplementados. No grupo placebo, o iodo sofreu redução de 40% nas 24 semanas de pós-parto, o que corresponde respectivamente a 1,3 a 1,7 maior em mulheres suplementadas com 75 mcg e em 150 mcg diárias de iodo em relação às mulheres não suplementadas. Os autores concluíram que a concentração de iodo no leite materno decresceu nos primeiros 6 meses de lactação em nutrizes deficientes desse hormônio. A suplementação com 75mcg ou 150 mcg de iodo aumentou a concentração da substância no leite materno, porém ainda não suficiente para assegurar nível adequado em mulheres ou em seus filhos.

CONFORTO COM A IDEIA DE ALIMENTAR COM FÓRMULA

Nommsen-Rivers LA, Chantry CJ, Cohen RJ, Dewey KG. Comfort with the idea of formula feeding helps explain ethnic disparity in breastfeeding intentions among expectant first-time mothers. *Breastfeeding Med* 2010;5:25-33

Este estudo examinou a contribuição de fatores psico-sociais para explicar as disparidades na intenção de amamentar relacionados à intenção de aleitar ao peito ou de alimentar com fórmulas. A amostra contou com 532 mulheres primíparas da cidade de Sacramento na Califórnia - EUA. A entrevista descreveu a experiência da amamentação, a satisfação em amamentar ou alimentar com fórmula e a habilidade para amamentar, em relação à intensidade mostrada por aquelas que tinham intenção de amamentar exclusivamente por 6 meses. A amostra incluiu 41% de brancas não hispânicas, 27% de hispânicas, 14% de afro-americanas, 12% de asiáticas e 6% de mães de etnias mistas. No total da amostra: satisfação em oferecer fórmulas, satisfação em amamentar e habilidade em amamentar, todos independentemente mostraram relação com a intenção de amamentar, mas a satisfação em alimentar com fórmula mostrou 3 vezes mais relação com intenção. A ocorrência de forte intenção de amamentar foi 63% menor em afro-americanas em relação às não afro-americanas. Afro-americanas tiveram índice maior de satisfação em alimentar com fórmula; e iguais índices para satisfação em amamentar, satisfação com a experiência de amamentar e sentir-se confortável ao se expor. Sen-

tir-se confortável em oferecer fórmulas explicou 37% das disparidades na intenção de amamentar entre afro-americanas e não afro-americanas. A conclusão foi de que a satisfação ou conforto em alimentar com fórmula parece predizer e mediar disparidade étnica observada na intenção de amamentar. Pesquisas e esforços da Saúde Pública que objetivam aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo devem levar em conta as atitudes quanto à alimentação por fórmulas.

APOIO DE COLEGAS

Cameron AJ, Hesketh K, Ball K, Crawford D, Campbell KJ. Influence of peers on breastfeeding discontinuation among new parents: the Melbourne InFANT program. *Pediatrics* 2010;126:e601-e607

Dados de 501 mães pertencentes a 62 grupos de pais de primeira viagem, grupos esses iniciados 6 semanas após o nascimento, foram usados para investigar se a proporção de mães nutrizes nesses grupos influenciava a probabilidade de desmame, e se isso era independente de seu perfil socioeconômico. Os grupos de pais foram divididos: naquele em que menos de 25% das mulheres desmamaram até 6 semanas (grupo de baixo desmame), e naquele onde mais de 25% das mulheres haviam desmamado até 6 semanas (grupo de alto desmame). Excluindo-se as mulheres que já haviam desmamado até 6 semanas, a proporção de mulheres que foram deixando de amamentar entre a época da criação dos grupos e a idade de 6 meses foi maior no grupo de alto desmame quando comparado com o grupo de baixo desmame (37,4% X 21,7%). Após um ajuste de múltiplas variáveis e perfil socioeconômico, ser membro de um grupo no qual grande porcentagem de mulheres desmama até 6 semanas, mostra-se fortemente associado ao desmame antes dos 6 meses.

Hoddinott P, Britten J, Prescott GJ, Tappin D, Ludbrook A, Godden DJ. Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2009;338:a3026

Hoddinott P, Britten J, Pill R. Why do interventions work in some places and not in others: a breastfeeding support group trial. *Soc Sci Med* 2010;70:769-78

Este estudo avaliou o benefício e o custo-benefício de uma política de formação de grupos de apoio ao aleitamento materno para gestantes e nutrizes em 14 de 66 locais elegíveis de atendimento por generalistas da Escócia. Os locais foram sorteados em grupo de intervenção (iniciando novos grupos de apoio ao aleitamento materno) e grupo controle. Entre 01 de Fevereiro de 2005 a 31 de Janeiro de 2007 houve 9747 registros de nascimento no grupo de intervenção e 9111 no grupo controle. Os grupos de apoio para o aleitamento materno aumentaram de 10 para 27 nos locais onde houve a intervenção, onde 1310 mulheres foram recebidas; enquanto que nos locais controle, os grupos permaneceram em número de 10. Não houve diferença significativa no resultado

para a amamentação. A amamentação até 6-8 semanas diminuiu apenas de 27% para 26% nos locais que receberam intervenção e aumentaram de 29% para 30% no grupo controle. A amamentação até 6-8 semanas aumentou de 38% para 39%, em lugares que não participaram da amostra. Mulheres que frequentaram os grupos de amamentação eram mais velhas do que as mulheres que não tomaram parte nesses grupos. Elas tinham maior renda do que as que frequentaram os grupos locais após o parto. Os custos com a implementação dos grupos foi similar aos gastos com as visitas domiciliares. Nas três localidades onde houve redução na taxa de aleitamento materno, foram encontrados inúmeros aspectos negativos como pobreza, precariedade e barreiras geográficas para melhor comunicação profissional/paciente, dificuldades com equipe de apoio (insuficiente recurso de pessoal treinado, baixa faixa etária do profissional para a tarefa, sobrecarga de funções e pouco interesse) e altos índices de mudança organizacional. Os governantes priorizaram a solução destes últimos problemas em detrimento de políticas em prol do aleitamento materno. Em contrapartida, onde as taxas de aleitamento materno aumentaram, encontrava-se uma situação menos problemática: liderança, preocupação com as políticas, equipe multidisciplinar e ciclos de reflexão. Para implementar medidas como estas, mais atenção deve ser dispensada aos complexos sistemas dentro dos quais as intervenções vão ocorrer, para identificar e entender as condições favoráveis necessárias para que o sucesso seja alcançado.

REVISÕES SISTEMÁTICAS

Ingram L, MacArthur C, Khan K, Deeks JJ, Jolly K. Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. *CMAJ* 2010;182:1739-46

Esta revisão sistemática selecionou e analisou 11 publicações (estudos controlados randomizados, quase-randomizados e estudos de coorte) para examinar que efeitos o apoio feito no pré-natal exerce nas taxas de início do aleitamento materno. Os estudos envolveram 5445 mulheres; sete deles (4416 mulheres) avaliaram o apoio pré-natal realizado de forma geral; quatro deles (1029 mulheres) objetivaram apenas o aleitamento materno dentro do apoio pré-natal. Nos três trabalhos de melhor qualidade que avaliaram o apoio de forma geral e que envolveram mulheres de baixa renda, não houve impacto no início do aleitamento materno. Nos três trabalhos de melhor qualidade de apoio pré-natal que objetivaram o aleitamento materno, o risco de não iniciar a amamentação foi reduzido em 36%. Apoio pré-natal feito de forma geral não melhorou a taxa de início de aleitamento materno; porém objetivar o aleitamento materno no pré-natal parece ser benéfico. Os resultados devem ser vistos em seu contexto, embora qualquer programa de apoio deva ser avaliado com melhor qualidade.

Wakefield MA, Loken B, Hornik RV. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet* 2010;376:1261-71

As campanhas pela mídia se utilizam largamente da televisão, rádio e jornais, na tentativa de expor seus propósitos à população. A recepção dessas mensagens é em geral passiva. Tais campanhas competem com fatores como a apatia, com poderosas normas sociais e comportamentos dirigidos à aquisição ou formação de hábitos. Esta revisão avalia os resultados de várias campanhas pela mídia sobre o comportamento e os riscos à saúde (como uso de cigarro e álcool, fatores de risco para o infarto, para o comportamento sexual, segurança no tráfego, triagem e prevenção para o câncer). A mídia promoveu várias campanhas em prol do aleitamento materno no passado; porém de 1990 em diante, estas se mostraram escassas ou inexistentes. Dois exemplos de tais campanhas para a promoção do aleitamento materno foram incluídas nesta revisão. Uma da Jordânia e outra da Armênia. Ambas únicas ou episódicas, adaptadas à cultura e focando as práticas hospitalares. Foram acompanhadas ou não por treinamento de equipes de saúde, e/ou por restrição do marketing de fórmulas infantis. Em ambos os casos a evidência de algum benefício, por exemplo, aumento das taxas de amamentação, foi fraca. Dito isto, a revisão conclui que de maneira geral a campanha pela mídia pode produzir mudanças positivas ou prevenir mudanças negativas na população em relação ao comportamento em saúde. Paralelamente torna-se necessária maior disponibilidade de serviços e produtos, disponibilidade da comunidade para programas e práticas que apoiem a mudança de comportamento de forma a contribuir para o sucesso. Porém para que a mensagem atinja o público de maneira adequada é necessário investir na qualidade das campanhas, que elas sejam mais longas e melhor financiadas

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

Editores: Adriano Cattaneo e Marina Ferreira Rea
Revisão do texto original em inglês: Elaine Petitat-Côté
Formatou o original BREASTFEEDING BRIEFS n. 48-49

Maha Lahode

GIFA, Av. de La Paix 11, 1202 Genebra, Suíça
e-mail info@gifa.org.

A partir do n. 44 disponível em inglês apenas on-line em www.ibfan.org. Disponível em ARABÊ, ESPANHOL, FRANCÊS, INGLÊS E PORTUGUÊS.

EDIÇÃO BRASILEIRA

Tradução: Regina Bornia Romiti

Revisão: Marina Ferreira Rea

Diagramação: Lucélia Fernandes

Apoio

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA
ARMÊNIO CRESTANA

IEPAC
SECONCI
sã o . p a u l o

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

www.ibfan.org.br