

OPS/OMS

WHO/CHD/98.9
ORIGINAL: INGLÊS
DISTR.: GERAL

Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno



SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA



COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO
DE SAÚDE

ÁREA TÉCNICA DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA
DA SAÚDE - OPAS/OMS

63:613.953.11

Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno

Promoção da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil
Coordenação de Promoção de Saúde
Área Técnica de Alimentação e Nutrição
e
Ministério da Saúde do Brasil
Programa de Saúde da Criança- Área Técnica de Aleitamento
Materno

Tradução para o Português de Dra Maria Cristina Gomes do Monte da
Universidade Federal do Ceará

Brasília
2001



AGE
618.63:813.953-11
Q68e
2001
IX.2

Evidências científicas dos dez passos

A revisão deste manual para o português teve o apoio de consultores em Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (Dras Evangelia Kotzias Atherino/Universidade Federal de Santa Catarina,, Marina Ferreira Rea do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Graciete Oliveira Vieira da Universidade Federal de Feira de Santana/Bahia, Márcia Maria Tavares Machado da Universidade Federal do Ceará, e Vilneide Braga Serva do Instituto Materno Infantil de Pernambuco/IMIP,) de técnicos do Ministério da Saúde e de um consultor da OPS, em reunião de trabalho realizada na Oficina Pan-Americana da Saúde em Brasília/Brasil, coordenada por Maria de Fátima Moura, coordenadora das Ações de Aleitamento Materno da Área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde/Brasil e pela Dra Zuleica Portela Albuquerque, consultora de Nutrição da OPAS, aos quais emitimos nossos agradecimentos

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Organização Mundial da Saúde.

Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno / Organização Mundial da Saúde; tradução de Maria Cristina Gomes do Monte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

000p.: il.

Título original inglês: Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9

ISBN 85-87943-03-0

1. Aleitamento materno – Procedimentos. 2. Aleitamento materno – Investigações. I. Monte, Maria Cristina Gomes do. II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. Título.

NLM: WS 125

10001020842		
Tombo:	v.	e. 2
Data:	10	108

E

Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno

Promoção da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil
Coordenação de Promoção de Saúde
Área Técnica de Alimentação e Nutrição
e
Ministério da Saúde do Brasil
Programa de Saúde da Criança- Área Técnica de Aleitamento
Materno

Tradução para o Português de Dra Maria Cristina Gomes do Monte da
Universidade Federal do Ceará

Brasília
2001

© Organização Mundial da Saúde 1998

Este documento não é uma publicação formal da Organização Mundial da Saúde(OMS), e todos os direitos estão reservados pela Organização. O documento pode, no entanto, ser livremente revisado, resumido, reproduzido ou traduzido, em parte ou no todo, mas não pode ser vendido nem utilizado conjuntamente com propósitos comerciais.

As designações empregadas e a apresentação do material neste documento não implicam a expressão de qualquer opinião, qualquer que seja ela, da parte da Secretaria da Organização Mundial da Saúde no que diz respeito ao status legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou relacionadas à delimitação de suas fronteiras ou divisas.

As opiniões expressas em documentos por autores específicos são de responsabilidade exclusiva desses autores.

Ilustração da capa adaptada de um cartaz com permissão do Ministério da Saúde do Peru.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

- Métodos usados na revisão
- Apresentação das Informações
- Os Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno

Passo 1: Normas ,	15
1.1.1 Critérios,	15
1.2 Introdução,	15
1.3 A efetividade das políticas de aleitamento materno,	15
1.4 Resultados de políticas fracas,	16
1.5 Políticas que desencorajam ou interferem no aleitamento materno,	17
1.6 Eficácia das políticas fortes,	18
1.7 Elementos de uma política,	19
1.8 Processo de desenvolvimento de política,	20
Passo 2: Treinamento,	25
2.1 Critérios ,	25
2.2 Introdução,	25
2.3 Conhecimento, atitudes e práticas da equipe de saúde,	25
2.4 A efetividade do treinamento,	26
2.5 Duração dos cursos de treinamento,	28
2.6 Conclusões,	28
Passo 3: Preparação pré-natal,	35
3.1 Critérios,	35
3.2 Introdução,	35
3.3 Influência sobre as evidências de aleitamento materno,	35
3.4 Evidências das vantagens da educação pré-natal,	36
3.5 Evidências dos benefícios da preparação dos seios,	37
3.6 Conclusões,	38
Passo 4: Contato precoce,	45
4.1 Critérios,	45
4.2 Introdução,	45
4.3 Efeito do contato precoce no aleitamento materno,	45
4.4 Outros resultados,	47
4.5 Analgesia durante o trabalho de parto, e o parto propriamente dito,	47
4.6 Conclusões,	48

Passo 5: Orientação	55
5.1 Critérios,	55
5.2 Introdução,	55
5.3 Demonstrando às mães como amamentar,	55
5.4 Ajudando mães que são separadas de seus bebês no hospital,	57
5.5 Conclusões,	59
Passo 6: O Uso de Suplementos ,	65
6.1 Critérios,	65
6.2 Introdução,	65
6.3 Efeito de refeições e suplementos pré lácteos no aleitamento materno no hospital, ...	65
6.4 Efeito dos suplementos no aleitamento materno após a alta médica,	67
6.5 Outros resultados,	68
6.6 Efeito das amostras comerciais de “substitutos do leite materno” no aleitamento materno	68
6.7 Impacto e custo-eficácia da restrição da fórmula láctea em maternidades,	69
6.8 Conclusões,	70
Passo 7: Alojamento Conjunto ,	81
7.1 Critérios,	81
7.2 Introdução,	81
7.3 Efeito do alojamento conjunto no aleitamento materno,	81
7.4 Outros resultados,	83
7.5 Validade das razões para não praticar o alojamento conjunto,	83
7.6 Efeito do alojamento conjunto no aleitamento materno e outros resultados,	83
7.7 Conclusões,	84
Passo 8: Alimentação sob livre demanda ,	87
8.1 Critérios,	87
8.2 Introdução,	87
8.3 Frequência e duração da sucção logo após o nascimento,	87
8.4 Efeito do aleitamento materno irrestrito,	88
8.5 Outros resultados,	88
8.6 Conclusões,	89
Passo 9: Bicos artificiais e chupetas ,	93
9.1 Critérios,	93
9.2 Introdução,	93
9.3 Efeito dos bicos artificiais no aleitamento materno,	93
9.4 Efeito das chupetas no aleitamento materno,	94
9.5 Outros efeitos dos bicos artificiais e chupetas,	96
9.6 Conclusões,	96

Passo 10: Apoio contínuo,	103
10.1 Critérios,	103
10.2 Introdução,	103
10.3 Efeito do apoio ao aleitamento materno após a alta médica: Serviços de saúde,	104
10.4 Efeito do apoio ao aleitamento materno após a alta médica: Grupos de apoio de mãe para mãe	105
10.5 Efeito do apoio ao aleitamento materno após a alta médica: Conselheiros comunitários não formais,	105
10.6 Conclusões,	106
Passo 11: Intervenções combinadas,	115
11.1 Introdução,	115
11.2 Efeito nas práticas de aleitamento materno,	115
11.3 Efeito das intervenções combinadas na relação custo-benefício e morbidade,	116
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES,	121
REFERÊNCIAS,	123
Lista de abreviações	133
Lista de limitações metodológicas	133

Agradecimentos

Os autores dessa revisão foram Dra. Constanza Vallenias e Dra. Felicity Savage. Valiosa assistência para análise foi fornecida pelo Dr. Jose Martines.

Expressamos nossos sinceros agradecimentos para as seguintes pessoas pela revisão do documento e pelas críticas úteis e construtivas: Dra. Helen Armstrong (UNICEF, Nova Iorque), Sra. Beverley Chalmers (Ontario), Dr. Gülbin Gokçay (Universidade de Istambul), Dra. Rukshana Haider (Centro Internacional para Pesquisa de Doenças Diarréicas, Bangladesh), Sra. Elizabeth Kylberg (Universidade de Uppsala), Sra. Ludmila Lhotská (UNICEF, Nova Iorque), Dra. Nancy G. Powers (Universidade de Kansas), Professora Mary Renfrew (Universidade de Leeds), Dr. Wendelin Slusser (Universidade da Califórnia, Los Angeles), Dr. Cesar G. Victora (Universidade Federal de Pelotas), Dr. Michael Woolridge (Universidade de Leeds).

Também agradecemos aos membros do Grupo Técnico de Trabalho sobre Aleitamento Materno da OMS representantes de outras unidades: Sra. R. Saadeh, Programa de Nutrição, Dr. J. Zupan, Divisão de Saúde Reprodutiva (Apoio Técnico) Dra. Chessa Lutter (Programa de Alimentos e Nutrição, OPAS/OMS), e a Dra. Nadia Meyer pela revisão bibliográfica.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DOS DEZ PASSOS PARA O SUCESSO NO ALEITAMENTO MATERNO

INTRODUÇÃO

Os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” são a base da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) da OMS/UNICEF. Eles resumem as práticas necessárias nas maternidades para apoiar o aleitamento materno. O propósito deste documento é revisar as evidências da eficácia dos “Dez Passos”, e oferecer uma ferramenta tanto para a defesa quanto para a educação. Espera-se que as normas e as práticas no futuro sejam baseadas em estudos e pesquisas e não apenas em conjecturas e costumes (Inch & Garforth, 1989).

Existem vários documentos que apresentam justificativas para alguns ou todos os “Dez Passos” (Perez-Escamilla et al, 1994; Saadeh & Akre, 1996) mas ainda existe a necessidade de uma revisão abrangente e crítica das evidências disponíveis.

A IHAC foi criada para promover a implementação da segunda meta operacional da Declaração de Innocenti.

“Assegurar que todo estabelecimento que ofereça serviços de maternidade pratique integralmente todos os passos dos **Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno** estabelecidos na declaração conjunta OMS/UNICEF” Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de maternidade,

e os aspectos relevantes aos estabelecimentos de saúde da terceira meta operacional:

Realizações para efetivar os princípios e os objetivos de todos os Artigos do Código Internacional de comercialização dos Substitutos do Leite Materno e das subseqüentes resoluções relevantes da Assembléia Mundial de Saúde (AMS) em sua integridade.

A Declaração de Innocenti foi adotada pela quadragésima quinta Assembléia Mundial de Saúde em maio de 1992 na resolução AMS 45.34.

A IHAC visa enfrentar um fator fundamental que tem contribuído para prejudicar o aleitamento materno: as práticas de saúde que interfere na amamentação. Até que estas práticas sejam aperfeiçoadas, as tentativas de promover o aleitamento materno fora da unidade de saúde estarão prejudicadas. Apesar das práticas inadequadas nas maternidades não poderem ser consideradas as únicas responsáveis pelas baixas taxas de aleitamento materno exclusivo, cuidados apropriados podem ser um pré-requisito para aumentá-las.

Muitos outros fatores afetam a forma como as mulheres alimentam seus bebês e a duração do período de tempo pelo qual elas amamentam. Isto foi exhaustivamente revisto por Popkin et al (1983), Forman (1984), Simopoulos & Grave (1984), Kottürk & Zetterström (1989), Wilmoth & Elder (1995), e incluem: 1) meio em que vivem (urbano ou rural), 2) classe socioeconômica, 3) educação materna (Forman, 1984), 4) a situação empregatícia da mulher, e 5) as pressões comerciais e o conhecimento e disponibilidade de “substitutos do leite materno” (Huffman, 1984). Fatores socioculturais também determinam crenças e atitudes, assim como práticas, relacionadas ao aleitamento. A decisão de uma mulher sobre a alimentação do seu bebê pode ser influenciada pelas atitudes reais ou percebidas pelo pai da criança (Freed, Fraley & Schanler, 1993), por outros membros da família e amigos; e pela quantidade de apoio que ela recebe para implementar sua decisão.

Os fatores que afetam as taxas de aleitamento materno não apenas são variados e complexos, mas também operam de maneira diversa em diferentes situações. Por exemplo, a influência do pai da criança pode depender do grau de controle do parceiro sobre o corpo da mulher em determinada sociedade; a educação materna tem sido associada com taxas altas de aleitamento materno em países industrializados e taxas mais baixas em países em desenvolvimento (Forman, 1984).

Os fatores também podem variar com o tempo na mesma comunidade, e a amamentação exclusiva ou não pode ter determinantes diferentes (Perez Escamilla et al, 1993). Atitudes culturais relativas aos seios como símbolos sexuais, e a confiança da mulher em sua capacidade de lactar podem também diferir e influenciar a atitude das mães com relação ao aleitamento materno. Não surpreenderia, portanto, saber que a implementação dos “Dez Passos” afeta o aleitamento materno de maneiras diversas em diferentes comunidades. Os estudos revisados aqui, mostram realmente algumas diferenças, mas estas são principalmente de grau do que de direção. Existem mais publicações de países industrializados do que de países em desenvolvimento, porém, a evidência disponível indica que a implementação dos “Dez Passos” em maternidades pode aumentar o aleitamento materno em praticamente qualquer contexto. A implementação de cada passo individualmente tem um certo efeito, mas pode-se esperar que a implementação de todos os passos juntos surta um efeito maior, enquanto que a omissão de um ou mais passos pode limitar o impacto daqueles implementados.

Então, apesar de que para aumentar adequadamente e manter o aleitamento materno, muitos outros componentes do programa são necessários -incluindo legislação trabalhista, ampla educação do público, apoio da comunidade, e implementação do Código Internacional de Comercialização para “Substitutos do Leite Materno” (o Código) -o aperfeiçoamento das práticas de saúde é fundamental. Como resumido nos “Dez Passos”, o desenvolvimento de uma política e o treinamento de pessoal, resultando em apoio apropriado e capacitado para as mães antes, durante e após o parto, e um apoio contínuo pós-natal na comunidade, são requisitos necessários para obter as melhorias desejadas e objetivadas em outras atividades.

Os Métodos usados na revisão

Uma pesquisa da literatura foi conduzida, para identificar estudos publicados relacionados a cada um dos “Dez Passos”, e o efeito de sua implementação sobre o aleitamento materno nos estabelecimentos de saúde. Excepcionalmente, foram incluídos estudos que avaliam intervenções fora dos estabelecimentos de saúde. Embora o objetivo principal da IHAC seja aumentar as taxas de aleitamento materno, outros resultados também são importantes, cada um com seu mérito, e porque eles podem influenciar decisões sobre dar alimentos suplementares. Assim sendo, publicações relacionadas a resultados sobre ganho ponderal do bebê, níveis de bilirrubina e padrões de sono, também foram identificadas.

Tanto quanto possível, apenas estudos randomizados controlados (“experimentais”), e estudos controlados, onde a alocação era sistemática ou quando o desenho de “intervenção antes e depois” era usado (“quasi-experimental”) foram incluídos. Eles foram avaliados de acordo com certos critérios pré-estabelecidos (Blum & Feachem, 1983. Perez Escamilla et al, 1994).

As limitações identificadas para cada estudo experimental ou quasi-experimental encontram-se listadas nas tabelas de resultados comparativos, na primeira coluna, e estão numeradas conforme a lista abaixo.

Principais limitações de validade interna:

1. Controle inadequado: sem valores basais ou diferenças entre grupos não foram consideradas durante a análise.
2. Variáveis de confusão não controladas, tais como: idade materna, educação materna, classe socioeconômica.
3. Auto-seleção dos participantes: os resultados do aleitamento materno podem diferir dependendo da motivação da mãe para aceitar ou rejeitar uma intervenção.
4. Mais de 10% de taxa de perda (proporção perdida no acompanhamento), distribuída de maneira desigual entre grupos intervenção e controle.
5. Validade interna não determinada: perda de seguimento não especificado, metodologia documentada de maneira precária ou trabalhos não publicado.

Limitações menores de estudos experimentais ou quasi-experimentais:

6. Comparação um a um: quando avaliando uma intervenção em um grupo, tal como ocorre com a educação, qualquer diferença encontrada na comparação dos resultados de um grupo (enfermaria, berçário) com outro grupo pode não refletir os efeitos reais da intervenção. A força da evidência é reduzida.
7. Longo período recordatório (recall): existem poucos dados sobre o período recordatório relacionados especificamente à amamentação. Margen et al (1991) relataram de um estudo no México que “o viés de recordação mais frequente (recordar aos 3 meses a prática de amamentação nas 2 semanas de vida) relacionava-se ao fato das mães lembrarem mais do aleitamento e menos do uso da mamadeira do que elas realmente haviam praticado anteriormente”. Um lapso temporal de mais de seis meses foi considerado insatisfatório para os propósitos desta revisão.
8. Definição imprecisa dos indicadores de aleitamento materno:
 - o aleitamento materno “exclusivo” foi considerado como “aleitamento total” (exclusivo mais predominante) quando não definido, ou se definido de maneira diferente dos indicadores da OMS.
 - considerou-se “aleitamento materno”, qualquer “aleitamento materno” não definido.
9. Baseado no comportamento do aleitamento materno planejado em oposição à verdadeira prática. Isto reduz a força da evidência, mas não a invalida.

A maioria dos estudos não fornece informações sobre os efeitos a longo prazo das intervenções de saúde. Isto pode mascarar os efeitos negativos de práticas inadequadas, uma vez que é observação corrente que quando o bebê inicia o uso de mamadeira, esta prática é revertida apenas em casos excepcionais. Desta forma, a diferença de resultados entre dois grupos pode tornar-se aparente apenas depois de muitos meses. Por esta razão, a medida dos resultados do aleitamento materno a longo prazo, foi considerada uma característica favorável de um estudo.

Uma pequena amostra pode ser uma limitação quando um estudo compara “tratamentos” (intervenções) para tentar identificar aquele que fornece os melhores resultados. Um grande número de indivíduos rigorosamente selecionados aumenta a probabilidade dos resultados serem aplicáveis de forma generalizada (“externamente”). Quando um estudo pretende buscar a relação causa e efeito, entre uma prática e um resultado, as condições experimentais (critérios de inclusão e exclusão, variáveis de dados basais e de acompanhamento) devem ser as mais rigorosas possíveis. O tamanho da amostra deve ser grande o suficiente para detectar resultados estatisticamente significantes entre os grupos de tratamento

e os grupos controle. As diferenças devem ser importantes do ponto de vista biológico.

Na área da alimentação do bebê é particularmente difícil randomizar grupos de tratamento. Portanto, nesta revisão, considerou-se necessário incluir também estudos coortes prospectivos não-randomizados.

Os critérios para a inclusão de estudos prospectivos de coortes foram: tamanho grande de amostra, controle de viés de seleção, baixa proporção de perda no seguimento, indivíduos perdidos semelhantes ao resto, coleta de dados adequada e, se possível, uso de análise multivariada de regressão ou multivariada para controlar os possíveis fatores de confusão. Estudos transversais ou retrospectivos foram incluídos caso fornecessem informações observacionais úteis e não tivessem sido seriamente invalidados em sua metodologia. A medida dos efeitos a longo prazo sobre a duração do aleitamento materno também foi considerada favorável.

Apresentação das informações

As informações são apresentadas para cada passo na seguinte ordem:

1. Os Critérios Globais para o passo, conforme definição para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS/UNICEF (1992).
2. Uma introdução descrevendo os antecedentes da situação
3. Evidência de estudos experimentais ou quasi-experimentais para os resultados de aleitamento materno, em ordem cronológica. Estudos com menos limitações são discutidos com maiores detalhes. As limitações dos estudos são apresentadas separadamente em tabelas comparativas.
4. Evidência de apoio adicionais dos estudos prospectivos (longitudinais) ou transversais.
5. Evidências experimentais ou de apoio para outros resultados.
6. Discussão e conclusões.
7. Uma tabela comparativa de estudos experimentais ou quasi-experimentais, quando disponível, e/ou estudos longitudinais ou transversais que fornecem evidências de apoio.
8. O ano da publicação, o país ou a área onde o estudo foi conduzido, as características da população e limitações metodológicas do estudo são incluídas para prover uma perspectiva de comparação entre os estudos. As limitações metodológicas estão enumeradas, de acordo com a lista apresentada na seção anterior. Os resultados apresentados incluem o indicador considerado (exclusivo, total ou qualquer tipo de aleitamento materno) em relação à duração.
9. Em cada passo se apresenta graficamente os resultados de um dos estudos

A seção final apresenta relatórios de intervenções combinadas. Estudos com diversas e grandes limitações foram excluídos.

PASSO 1

1.1 “Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde”.

O estabelecimento de saúde deve ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, que abranja todos os 10 passos e proteja a amamentação... deve estar disponível de modo que todos os funcionários que cuidam de mães e bebês possam consultá-la... e deve estar afixada em local visível, em todas as áreas do estabelecimento de saúde que atendam mulheres, recém-nascidos e/ou crianças ... e deve ser redigida em linguagem de fácil compreensão para pacientes e funcionários. (Critérios Globais para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança OMS/UNICEF, 1992).

1.2 Introdução

É mais provável que um aperfeiçoamento consistente e mantido das práticas hospitalares seja alcançado se existirem normas institucionais específicas e apropriadas, preferivelmente como uma exigência no âmbito do ciclo de auditoria rotineira no estabelecimento. As normas podem estar por escrito, ou podem existir e estar implícitas sem terem sido escritas. Normas que não estão por escrito podem ser fortes e efetivas, e normas por escrito podem ser ignoradas. No entanto é necessário que exista uma norma por escrito para executar mudanças diante de opiniões divergentes, e para mantê-las quando a equipe de trabalho for alterada.

Assim, este passo exige:

- 1) Normas apropriadas sobre todas as práticas referentes ao aleitamento materno acordadas entre as autoridades relevantes
- 2) As normas devem ser explicitadas em um documento escrito
- 3) Toda a equipe de saúde e os pacientes devem ter conhecimento das normas.

Além disso, autoridades tanto dentro do estabelecimento de saúde (tais como administradores e profissionais clínicos mais antigos) quanto fora (por exemplo, no Ministério da Saúde) devem ter um compromisso com as normas e exigir seu cumprimento. A falta de tal compromisso e cooperação por parte da equipe mais antiga, pode ser o maior obstáculo para a implementação consistente dos “Dez Passos”. Idealmente, as normas devem vir também como um compromisso dos pais, profissionais de saúde, meios de comunicação de massa e outros grupos comunitários. A falta de compromisso parece ser mais forte em certos hospitais privados onde as práticas são orientadas pelo conforto e considerações financeiras dos clientes, ao invés dos benefícios de saúde a longo prazo.

1.3 A efetividade das normas de aleitamento materno

É difícil utilizar um desenho experimental para mostrar que normas resultam em mudanças (Janovsky & Cassels, 1996). Estudos descritivos e qualitativos sobre experiências nos diferentes serviços de saúde são formas mais úteis para demonstrar as relações entre normas fortes ou fracas, e práticas boas ou precárias, podendo ser a melhor fonte de informações para orientar o desenvolvimento da norma.

Mais comum que a falta de uma norma, é a mistura num mesmo serviço, de algumas normas que são apropriadas com outras inapropriadas, e a fraqueza ou inconsistência em sua implementação. Pode haver confusão na interpretação e incompatibilidades, de tal forma que as diferentes práticas interfiram umas com as outras.

Wetsphal et al (1995) avaliaram a efetividade de treinamento de equipes sobre mudanças nas práticas hospitalares de aleitamento materno no Brasil. Nos hospitais onde havia equipes treinadas, ocorreu aperfeiçoamento em suas práticas. No entanto, observou-se a existência de uma falta de coordenação entre os elaboradores da norma, os administradores e os profissionais de saúde em cada estabelecimento.

Para melhorar a efetividade de uma norma de aleitamento materno, práticas apropriadas devem ser incluídas, toda a equipe deve praticar a norma, e os resultados relevantes devem ser monitorados e reavaliados para obtenção de retroalimentação para que a norma seja desenvolvida a partir do seu uso.

1.4 Resultados de normas fracas

Reiff & Essock-Vitale (1985) relataram um inquérito em um hospital universitário nos Estados Unidos (E.U.A.), onde a maioria das normas oficiais, materiais educativos e programas de aconselhamentos e de apoio promoviam o aleitamento materno. Entretanto, não havia uma norma que limitasse o uso da fórmula láctea, e uma única marca da mesma, pronta para o uso, era utilizada diariamente na maternidade. Na sala de parto, 66% das mulheres declararam preferência pelo aleitamento materno exclusivo, mas quando entrevistadas novamente após 2 semanas, somente 23% estavam amamentando sem usar fórmulas infantis. Noventa e três por cento (93%) das mães que utilizavam fórmulas infantis, 2 semanas após o parto, sabiam o nome da marca usada no hospital e 88% a utilizavam. Desta forma, a falta de norma para um dos passos pode interferir no efeito da implementação dos outros.

Winikoff et al (1986) observaram as restrições institucionais referentes ao aleitamento materno em um hospital nos Estados Unidos. As mães e as crianças em fase de amamentação eram frequentemente separadas por longos períodos e os bebês eram alimentados com fórmulas lácteas, apesar da existência de normas escritas que preconizavam o contrário. Havia controvérsia sobre quais drogas, quando administradas à mãe, poderiam ser contra-indicadas para o aleitamento materno e havia dificuldade na identificação das mães que estavam amamentando. Um programa que incluía o treinamento de equipe, o desenvolvimento de materiais educativos, e a instituição de um serviço de aconselhamento em amamentação teve efeito limitado, possivelmente porque nenhum esforço específico foi feito para mudar as normas. Os autores concluíram que dois elementos foram essenciais para realizar mudanças: a educação profissional e a disposição da equipe administrativa para reavaliar as normas e as práticas a que elas se referem.

Garforth & Garcia (1989) estudaram normas e práticas de aleitamento materno em distritos de saúde da Inglaterra. Todos os diretores na área de serviços de obstetrícia foram entrevistados, com uma taxa de resposta de 93%. Um estudo em profundidade foi conduzido em 8 distritos de saúde. A norma na maioria das unidades era para o contato precoce entre mãe e bebê e alojamento conjunto, porém, a observação mostrou que as práticas eram inconsistentes. Um obstáculo ao contato precoce era a separação da mãe e do bebê para outros procedimentos de rotina. Uma norma de alimentação sob livre demanda foi relatada para 97% das unidades consultadas, mas em algumas a alimentação à noite era restrita. Apenas 30% das unidades tinham uma norma de "nenhum líquido", enquanto nas outras unidades eram administradas solução glicosada ou fórmulas infantis. Os autores concluíram que existia uma necessidade de discussões amplas sobre a norma, seguidas de treinamento de pessoal com uma explicação clara sobre as razões para a mudança das práticas inapropriadas.

Cunningham & Segree (1990) compararam o conhecimento do aleitamento materno com as práticas das mães em um hospital rural e em outro urbano na Jamaica. Eles descobriram que o hospital rural, com suas normas implícitas de apoio ao aleitamento materno, mas com recursos educativos precários.

tinha mais efeito que o hospital urbano com normas que não aprovavam o aleitamento materno (início tardio e freqüente alimentação com fórmula infantil) mesmo com melhores recursos educativos. Os pesquisadores concluíram que "...recursos limitados devem ser usados de maneira mais eficiente por meio da mudança de norma e não pela busca de nova tecnologia, programas ou equipe".

Stokamer (1990) encontrou que a falta de apoio administrativo e supervisão causaram o fracasso do programa de promoção do aleitamento materno em um hospital de uma cidade do interior dos Estados Unidos. Sessões de treinamento eram oferecidas a toda a equipe, mas a presença não era obrigatória e portanto o comparecimento era baixo. O cumprimento das normas de aleitamento materno pela equipe não foi avaliado pelos supervisores.

Wright et al (1996) descrevem a experiência de tentar mudar normas e práticas em um hospital dos Estados Unidos entre 1990 e 1993. Em 1993, mais recém-nascidos foram amamentados na primeira hora de vida, menos receberam suplementos alimentares, e um maior número de mães recebeu orientação, do que no ano de 1990, mas as mudanças foram apenas parciais. O departamento de obstetrícia não participou, e brindes contendo fórmula infantil continuaram a ser distribuídos. Os autores afirmam que "a maior limitação da intervenção era o fato de que a mesma não era prioridade para a equipe administrativa, apesar desta apresentar uma atitude, em geral, de apoio aos esforços da equipe coordenadora. Por esta razão, nunca se exigiu que as enfermeiras comparecessem a sessões de treinamento em serviço, e tampouco fossem responsabilizadas por alimentar com fórmula infantil crianças cujas mães haviam planejado amamentar de forma exclusiva".

Em um estudo de 5 hospitais (2 públicos e 3 privados) na Turquia, Gökçay et al (1997) descobriram que nenhum deles estava implementando todos os "Dez Passos". A prática de mudar as normas de acordo com os desejos dos clientes em hospitais particulares foi identificada como uma barreira para o apoio ao aleitamento materno.

1.5 Normas que desencorajam ou interferem na amamentação.

Normas e práticas inapropriadas relativas a "substitutos do leite materno", mamadeiras e bicos podem minar os esforços de promoção do aleitamento materno. Para tornarem-se "*Amigo da Criança*", os hospitais precisam estar de acordo com os artigos relevantes do Código e subseqüentes resoluções da Assembléia Mundial da Saúde - AMS. Caso não exista legislação no nível nacional, fazem-se necessárias normas no âmbito dos estabelecimentos. Todavia, mesmo quando existem normas para o aleitamento materno, elas podem não incluir a questão dos "substitutos do leite materno". Em um estudo transversal enviado pelo correio para todos os hospitais canadenses que prestam serviços de maternidade, 58% relataram ter uma norma escrita de aleitamento materno (Levitt et al, 1996). Apenas 1,3% relataram a restrição na distribuição de amostras grátis de fórmula infantil para as mães que recebiam alta.

As práticas que comumente interferem no aleitamento materno e que não são permitidas em estabelecimentos "*Amigo da Criança*" incluem:

- A afixação de cartazes, distribuição de calendários ou quaisquer materiais escritos que promovam a alimentação artificial ou que incluam marcas de "substitutos do leite materno";
- A distribuição de amostras grátis de "substitutos do leite materno" para gestantes mães que estejam amamentando no momento da alta médica;
- A aceitação de suprimento gratuito ou subsidiado de "substitutos do leite materno" e outros produtos incluídos no Código.

Quaisquer “substitutos do leite materno” que possa vir a ser requerido deverá ser adquirido por canais normais de compra por não menos de 80% do preço e venda ao público.

As normas hospitalares relacionadas aos “substitutos do leite materno” podem estar associadas com uma rápida mudança nas intenções maternas e na confiança em relação ao aleitamento materno, mesmo antes da alta. Margen et al (1991) estudaram as normas e práticas dos estabelecimentos de saúde, incluindo a aquisição e o uso da fórmula infantil em 3 regiões do México. As intenções das mães e as reais práticas de aleitamento materno também foram estudadas, utilizando um desenho longitudinal qualitativo e quantitativo. Dos 59 estabelecimentos pesquisados, 80% recebiam a fórmula infantil gratuitamente. Apenas 3% relataram haver comprado a fórmula infantil pelo preço de mercado. A primeira alimentação dos recém-nascido era com solução glicosada ou chá e a maioria recebia mamadeira com fórmula infantil como rotina. Sessenta e seis por cento (66%) dos estabelecimentos relataram a distribuição gratuita de fórmula infantil para as mães no momento da alta. Na internação, 95% das mães declararam que planejavam amamentar em casa, 54% exclusivamente, mas, apenas 40% amamentavam seus bebês enquanto permaneceram no hospital. No momento da alta hospitalar, 36% haviam mudado suas intenções de diversas maneiras, a maioria delas havia decidido aumentar o uso da mamadeira ou acrescentar a fórmula infantil, e apenas 43% planejavam o aleitamento materno exclusivo. Quase dois terços (64%) das mães que haviam planejado combinar o aleitamento materno com o uso da mamadeira acreditavam não ter leite suficiente.

Um estudo transversal sobre a promoção comercial dos “Substitutos do Leite Materno” foi realizado na Polônia, Bangladesh, Tailândia e África do Sul (The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997; Taylor, 1998). As mães que lembravam haver recebido informações negativas (informação entendida por uma mãe como promoção para o uso da mamadeira e/ou para o desencorajamento do aleitamento materno) associados a empresa foram identificadas como significativamente mais inclinadas a alimentar seus bebês com mamadeira que as mães que não haviam recebido esse tipo de informação. A idade média dos bebês na época da entrevista era 2,5 a 2,8 meses. Os métodos utilizados permitiram que os resultados fossem representativos apenas do local do estudo.

1.6 Efetividade das normas fortes

Um certo número de relatórios mostra as vantagens das normas fortes para o aumento da efetividade das intervenções. Relucio-Clavano (1981) nas Filipinas, Pichaipat et al (1992) na Tailândia, e Valdes et al (1993) no Chile, todos mostraram como a melhoria das práticas hospitalares pode aumentar o aleitamento materno. Eles também descrevem que para mudar as práticas, foi necessário mudar as normas e assegurar a compreensão e o entendimento dessas normas por parte da equipe médica e de enfermagem.

Popkin et al (1991) avaliaram um programa nacional de promoção do aleitamento materno em Honduras conduzido entre 1982 e 1988. Os hospitais adotaram normas de aleitamento precoce, alojamento conjunto e a eliminação da distribuição de fórmula infantil e mamadeiras como brindes para as mães. Houve um aumento significativo no início e na duração do aleitamento materno, e os autores concluíram que as mudanças na norma dos hospitais e o treinamento foram os aspectos mais importantes do programa.

Bradley & Meme (1992) relataram um programa nacional de promoção do aleitamento materno que começou no Quênia em 1983. Atitudes e práticas nos hospitais públicos foram aperfeiçoadas, e a duração do aleitamento materno tanto em áreas rurais quanto urbanas aumentou em 1989. As principais características do programa foram a adoção de um Código de Comercialização dos “Substitutos do

Leite Materno”; as diretrizes do Ministério da Saúde para que todos os hospitais suspendessem a distribuição de fórmula infantil e a instituição do contato precoce, do alojamento conjunto e do aleitamento materno exclusivo; e também do treinamento de pessoal. As diretrizes da norma foram reconhecidas como um componente chave para assegurar a ampla implementação do programa.

McDivitt et al (1993), na Jordânia, avaliaram uma campanha pelos meios de comunicação de massa promovendo o início precoce do aleitamento materno e alimentação com colostro. A campanha foi efetiva no aumento do início precoce do aleitamento materno apenas entre mães que tiveram seus partos em casa ou em hospitais onde havia uma norma que favorecia a prática. Não houve melhora entre as mães que davam à luz em hospitais sem tal norma.

Heiberg & Helsing (1995) descrevem três pesquisas de práticas de aleitamento materno em maternidades na Noruega entre 1973 e 1991. Mudanças consideráveis ocorreram, com o contato precoce, o alojamento conjunto durante o dia e a adoção da alimentação sob livre demanda. Apenas 16 das 64 maternidades possuíam uma norma escrita sobre o aleitamento materno, e nenhuma comparação era feita entre aquelas com e sem norma de aleitamento materno. Entretanto, os autores relatam que “a elaboração de uma norma é, de acordo com os hospitais que têm passado pelo processo, muito útil e educativo”.

1.7 Elementos de uma norma

Uma norma específica de aleitamento materno é essencial, uma vez que mudanças em normas obstétricas gerais não específicas para o aleitamento materno podem não melhorar os resultados em amamentação. Um experimento controlado randomizado (Waldenström & Nilsson, 1994) não evidenciou diferença na duração do aleitamento (exclusivo ou parcial) entre mães altamente motivadas que receberam “cuidados em casas de parto” (continuidade dos cuidados, sensibilidade para as necessidades dos pais e encorajamento do envolvimento dos pais nos cuidados, mas nenhuma atenção específica ao aleitamento materno) e aquelas que receberam os cuidados obstétricos padrão.

Uma norma de aleitamento materno deve especificar tanto a necessidade de implementar práticas adequadas tais como o alojamento conjunto, e a necessidade de restringir as práticas inapropriadas, tais como administrar fórmulas infantis sem indicação médica, e usar bicos e chupetas.

As formas de obter cooperação das equipes mais antigas e administrativas são muitas, mas geralmente envolvem um processo organizacional como o estabelecimento de uma equipe, de preferência multidisciplinar, e de reuniões para alcançar consenso. Aconselha-se a inclusão de pessoal dos serviços de saúde materno-infantis, assim como representantes dos grupos de apoio ao aleitamento materno, quando estes existirem. Tal colaboração pode aumentar a consciência sobre a norma de aleitamento fora do serviço de saúde e pode também ser uma fonte útil de informação e retroalimentação da comunidade.

Uma norma hospitalar deve ser escrita de acordo com a aceitação do formato local, mas os elementos essenciais a incluir são:

- seções gerais sobre metas e objetivos
- quaisquer diretrizes nacionais ou internacionais (tais como a Norma Hospitalar do Wellstart Model Hospital [Powers, Naylor & Wester, 1994]) que fornece a base para a norma hospitalar
- dados locais e nacionais tais como taxas de aleitamento
- Os Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno e os artigos relevantes do Código e subseqüentes resoluções da Assembléia Mundial de Saúde – AMS, como recomendações mínimas,
- detalhes de prática relacionada à situação local para cada passo e para o Código,

- referências e informações técnicas.

1.8 Processo de elaboração da norma

As normas podem ser elaboradas em âmbito nacional ou local. O processo varia muito, mas deve incluir especialistas em aleitamento materno e evitar ligações comerciais a produtores e produtos incluídos no Código. Pode ser adaptado de estabelecimento para estabelecimento.

O processo de elaboração de uma norma é por si só educativo, e pode ajudar a convencer membros de uma equipe que, de outro modo, seriam ambivalentes. Uma norma é necessária para:

- assegurar que administradores de maternidades e outros membros experientes da equipe concordem em implementar e enfatizar as práticas que apoiem o aleitamento materno,
- fazer com que a equipe médica e de enfermagem incorporem o tema,
- elaborar recomendações aplicáveis.

O processo inclui:

- obtenção de dados locais sobre práticas e resultados do aleitamento materno como, por exemplo através de auditorias
- organização de reuniões e discussões com toda a equipe
- apresentações dos resultados clínicos e de pesquisa relevantes
- organização de cursos intensivos tais como Promoção do aleitamento materno em estabelecimentos de saúde. Um curso intensivo para planejadores e gestores (OMS, 1996)
- organização de seminários, com palestrantes convidados
- fornecimento de informações por escrito sobre aleitamento materno para a equipe
- análise das normas de outros hospitais
- organização de visitas de estudo para hospitais com normas e práticas exemplares, e intercâmbio entre equipes.

Coordenar a elaboração de uma norma pode ser responsabilidade de um membro específico da equipe ou de um pequeno comitê designado pelas autoridades do hospital, apesar de ser necessária a inclusão de representantes legítimos de todos os setores relevantes. A norma pode ser escrita por uma pessoa ou um grupo pequeno de membros da equipe, para posterior circulação e revisão, até que seja acordada e aceita para todos.

As chefias de serviços e administradores de maternidades devem assegurar a implementação da norma por meio de monitoramento, supervisão e, caso necessário retreinar ou aplicar regras disciplinares à equipe. Eregie (1997) descobriu em um hospital africano, indicado como "*Amigo da Criança*" três anos antes, que a equipe continuava a dar água aos recém-nascidos e recomendava o uso de suplementos.

TABELA 1.1 RESULTADOS DE UM ESTUDO TRANSVERSAL NORMAS

País	Características da População *	Tamanho da Amostra	Exposição	Resultados		Conclusão
				Expostos	Não expostos	
Bangladesh	Idade média dos bebês: 2,5 meses	n = 385*	Informação negativa das empresas recebida pelas mães	66/76 (86,8%) tinham alimentado seus bebês alguma vez com mamadeira***	104/309 (33,7%) tinham alimentado seus bebês alguma vez com mamadeira***	Em todos os quatro países, mães que receberam informações negativas das empresas tendiam a usar mais a mamadeira.
Polónia	Idade média dos bebês: 2,8 meses	n= 430	O mesmo que acima	104/153 (68%) tinham alimentado seus bebês alguma vez com mamadeira***	71/277 (25,6%) tinham alimentado seus bebês alguma vez com mamadeira***	
África do Sul	Idade média dos bebês: 2,6 meses	n = 397	O mesmo que acima	93/111 (83,8%) tinham alimentado seus bebês alguma vez com mamadeira***	142/286 (49,7%) tinham alimentado seus bebês alguma vez com mamadeira***	
Tailândia	Idade média dos bebês: 2,8 meses	n= 370	O mesmo que acima	47/51 (92,1%) tinham alimentado seus bebês alguma vez com mamadeira*	253/319 (79,3%) tinham alimentado seus bebês alguma vez com mamadeira*	

* p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

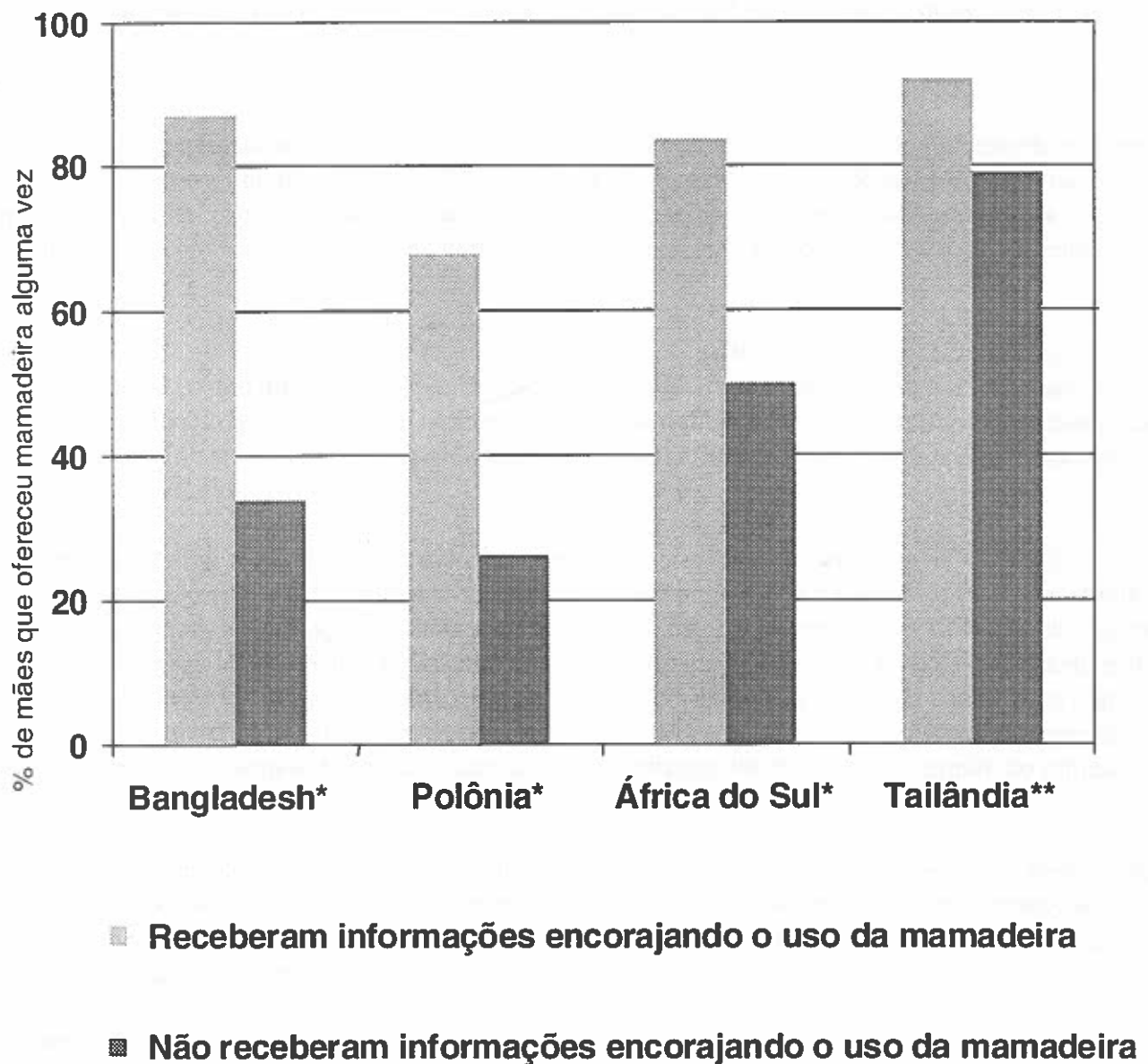
*: Mães ou bebês ≤ 6 meses frequentando estabelecimentos de saúde selecionados aleatoriamente.

Fonte: Taylor A (1998) Monitoring the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: an epidemiological study in four countries. British Medical Journal, 316: 1122.

Cracking the Code. Monitoring the International Code of Breast-milk Substitutes. Country profiles. London, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997.

Passo 1 - Normas

Proporção de mães que ofereceram alguma vez mamadeira, segundo tenham recebido, ou não, informação encorajando a alimentação com mamadeira e/ou desencorajando o aleitamento materno em 4 países



Informações recebidas vs Informações não recebidas: * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$

Adaptado de: *Cracking the Code. Monitoring the International Code of Breast-milk Substitutes. Country profiles.* London, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997. Londres

PASSO 2

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

Todos os membros da equipe de cuidados de saúde que tiverem contato com mães, recém-nascidos e/ou crianças devem receber instruções sobre a implementação da norma de aleitamento materno. Treinamento sobre a amamentação e o manejo da lactação deve ser dado para os diferentes membros da equipe, incluindo os novos, e deve ter pelo menos 18 horas no total, incluindo um mínimo de 3 horas de prática clínica supervisionada, e abranger pelo menos 8 dos Dez Passos. (Critérios Globais para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança OMS/UNICEF, 1992).

2.2 Introdução

É evidente que o treinamento é necessário para a implementação de uma norma de aleitamento materno. Não se pode esperar que profissionais da área de saúde que não tenham sido treinados em manejo da amamentação ofereçam às mães orientação efetiva e aconselhamento capacitado, na medida que este assunto é freqüentemente omitido dos currículos no treinamento básico dos médicos, enfermeiras e parteiras.

A necessidade de ser incluído no treinamento básico aspectos práticos do aleitamento materno começa a ser reconhecida como um passo essencial para o incremento da amamentação, mas é ainda necessário atualizar as práticas das equipes já existentes, antes que o treinamento básico se torne adequado, mas pode ser necessário atualizar as práticas das equipes já existentes, antes que o treinamento básico possa ser adequado e efetivo.

É necessário aprimorar o conhecimento, mas também é necessário aumentar as habilidades, pois do contrário, pode não ser possível utilizar o conhecimento. Há também uma necessidade de mudar atitudes que criam barreiras à promoção do aleitamento materno. Estas incluem: a pressuposição de que os profissionais de saúde já sabem o suficiente; uma crença de que não existe diferença importante entre o aleitamento materno e o uso da mamadeira; uma relutância em alocar tempo da equipe para o apoio ao aleitamento materno; e falhas em reconhecer o impacto causado por informações imprecisas ou inconsistentes. Profissionais de saúde podem minar a confiança das mães, por exemplo, ao criticar de forma implícita, ou gerar dúvidas sobre a produção de leite da mãe.

Para que o treinamento em serviço obtenha sucesso, ele deve ser obrigatório, o que requer uma norma forte apoiada pelas chefias. Caso o treinamento seja voluntário, e as chefias descompromissadas, o comparecimento tende a ser fraco, e apenas aqueles, cuja atitude já é favorável, participarão (Winikoff et al, 1987; Stokamer, 1990; Iker & Mogan, 1992).

2.3 Conhecimento, atitudes e práticas da equipe de saúde (CAP)

A falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o aleitamento materno, e suas atitudes e práticas não favoráveis tem sido reconhecidas por mais de uma década (Lawrence, 1982; Popkin et al, 1985, Lazzaro, Anderson & Auld, 1995). Lawrence (1982) analisou um questionário enviado a pediatras, obstetras, médicos de família e enfermeiras nos Estados Unidos. A taxa de resposta foi de 50 a 75%. Um terço dos que responderam relatou que não discutia sobre aleitamento materno com as mães. Mais de 80% dos pediatras e médicos de família recomendavam a administração de líquidos suplementares para as crianças amamentadas. O retorno ao trabalho ou aos estudos foi considerado por todas as categorias de profissionais como uma importante razão para a interrupção do aleitamento materno. Resultados semelhantes foram obtidos recentemente (Lazzaro, 1995).

Popkin et al (1985) conduziram uma pesquisa sobre *Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP)* das parteiras, enfermeiras, médicos e agentes comunitários de saúde em uma região de baixa renda nas Filipinas. As atitudes referentes ao aleitamento materno eram geralmente positivas, mas o conhecimento era precário, particularmente sobre possíveis “contra-indicações”. O comparecimento às conferências patrocinadas pela indústria de alimentos infantis, nas quais a alimentação dos bebês era discutida, surtia efeitos negativos tanto no conhecimento quanto nas atitudes referentes ao aleitamento materno.

2.4 A efetividade do treinamento

Apesar da necessidade de treinamento ser amplamente aceita, apenas recentemente sua efetividade tem sido avaliada. Relatórios podem ser difíceis de interpretar pois o conteúdo ou a duração do treinamento freqüentemente não são descritos.

Dois estudos quasi-experimentais foram identificados. Altobelli et al (documento não publicado, 1991) estudaram o efeito de um curso de aleitamento materno de 20 horas e o fornecimento de materiais educacionais padronizados para equipes de saúde perinatal no Peru. Três hospitais foram incluídos: 2 para intervenção e um para controle. Compareceram ao curso, em período integral, 92 e 96 profissionais de saúde dos dois hospitais da intervenção, incluindo pediatras, obstetras, parteiras, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Outros 67 e 30 profissionais assistiam o curso em tempo parcial. Os auxiliares de enfermagem assistiram uma sessão extra de 6 horas de prática clínica sobre as técnicas de aleitamento materno e educação para as mães. Os materiais educativos enfocavam 10 mensagens sobre a introdução precoce de água e consistiam em um manual para a equipe de saúde, um álbum seriado para educação das mães e um poster-calendário para as mães levarem para casa.

Uma pesquisa de CAP de todas as categorias das equipes de saúde, nove meses após o treinamento, mostrou uma grande melhoria com relação ao contato inicial mãe-filho, a pega ao seio e o uso reduzido de alimentos e suplementos pré-lacteos em hospitais onde houve treinamentos. Não houve melhora de práticas no hospital controle. As taxas de aleitamento materno exclusivo até 4 semanas foram significativamente mais altas entre mães que deram à luz em hospitais onde a equipe havia sido treinada, do que naqueles onde o treinamento não havia ocorrido.

Westphal et al (1995) estudaram os efeitos de um curso de 3 semanas (133 horas) no Brasil. Oito (8) hospitais maternidade com características similares foram randomicamente escolhidos para um grupo intervenção ou controle. Três (3) profissionais de saúde de cada hospital assistiram o curso que abrangeu todos os “Dez Passos” e dedicou um terço do tempo a atividades práticas. O conhecimento (medido por meio de pré- pós-testes) e as atitudes (determinadas por meio de dinâmicas de grupo) da maioria dos participantes com relação ao aleitamento materno melhoraram substancialmente.

O cumprimento dos “Dez Passos” foi avaliada em cada hospital antes do curso e seis meses depois do mesmo, utilizando um conjunto de observações estruturadas, entrevistas e grupos focais de discussão. Os resultados no grupo experimental foram mais altos após o treinamento, e mais altos do que no grupo controle. Concluiu-se que o curso foi eficiente para o aprimoramento do conhecimento, mas que deveria incluir mais informações sobre as estratégias para a implementação de programas, tais como uma análise crítica das mudanças institucionais exigidas (vide Passo 1).

Foram identificados dois estudos de CAP de profissionais de saúde antes e depois do treinamento. Popkin et al (1991) avaliaram o programa nacional de promoção do aleitamento materno em Honduras. O programa ocorreu entre 1982 e 1988, e envolveu mudanças nas normas hospitalares e o treinamento de médicos e enfermeiros. Uma pesquisa em 1985 mostrou uma melhoria do conhecimento e atitudes

em comparação com 1982. Em 1985, um maior número de profissionais de saúde recomendava o aleitamento materno imediatamente após o nascimento (87% versus 27%, $p < 0,001$) e o aleitamento materno sob livre demanda (84% versus 38%, $p < 0,001$); um maior número acreditava que a separação após o nascimento era ruim para o estabelecimento do vínculo mãe-filho (78% versus 68%, $p < 0,001$) e que um bebê com diarreia devia continuar a ser amamentado (93% versus 83%, $p < 0,001$). Menos profissionais de saúde apresentavam a crença errônea sobre: desnutrição materna (11% versus 31%), o abcesso no seio (57% versus 77%), a tuberculose (23% versus 31%) ou a mastite (27% versus 57%) eram contra-indicações ao aleitamento materno. Pesquisas nacionais e comunitárias em 1981 e 1987 mostraram um aumento significativo do início e da duração de todos os tipos de amamentação.

Bradley & Meme (1992) relataram um programa nacional de promoção do aleitamento materno no Quênia que incluiu o treinamento de 800 profissionais de saúde de todo o país, a interrupção das doações de fórmula infantil aos hospitais e diretrizes recomendando o contato precoce, o alojamento conjunto e a não-utilização de suplementos alimentares. Estudos dos CAP de profissionais de saúde em 1982, antes do programa, e em 1989, 6 anos após seu início, mostraram avanços substanciais. Em 1989, 89% dos profissionais de saúde comparados a 49% em 1982, recomendaram o alojamento conjunto por 24 horas; 58% (versus 3%) defendiam o aleitamento materno exclusivo nos primeiros dias; 70% (versus 36%) sabiam que bebês amamentados ao peito alimentavam-se mais frequentemente do que aqueles com mamadeira; 48% (versus 93%) davam alimentos pré-lácteos e apenas 5% (versus 80%) usavam mamadeiras. O número de hospitais praticando o alojamento conjunto e o contato precoce mostrou um aumento correlativo, enquanto que o número de hospitais utilizando alimentação pré-láctea e (soro glicosado e fórmula infantil) diminuiu.

Becker (1992) relatou uma pesquisa em pequena escala sobre o conhecimento dos profissionais de saúde em 3 maternidades rurais na Irlanda. A unidade onde as taxas de aleitamento materno mais aumentaram em 3 anos tinha o escore mais alto, o maior número de profissionais com escores máximos, e o único profissional com pós-graduação em aleitamento materno. As equipes das outras maternidades (onde as taxas apresentaram queda ou apenas pequeno aumento) acreditavam ter conhecimento suficiente sobre aleitamento materno para assisitir às mães. Sua maior fonte de informação eram os fabricantes de fórmula infantil por meio de visitas regulares de representantes das indústrias, estudos sobre a alimentação dos bebês patrocinados pelas indústrias, e informações impressas que as companhias forneciam às mães. O autor concluiu que, nas unidades estudadas, os profissionais de saúde precisavam de mais educação referente ao aleitamento materno e sugeriu que a percepção pessoal de um profissional sobre seu próprio conhecimento pode não ser uma boa indicação do seu conhecimento real.

Iker & Mogan (1992) compararam o uso de mamadeiras, fórmula infantil e soro glicosado em um hospital com alojamento conjunto antes e depois da implementação de um programa de treinamento parcial de quatro semanas. Diversos métodos de treinamento foram utilizados, mas não houve sessões práticas. A participação da equipe não foi compulsória ou homogênea. Não se observou mudança significativa. Os autores concluíram que o repasse apenas de informações foi insuficiente para mudar comportamentos. Resultados semelhantes foram obtidos por Sloper, McKean & Baum (1975) após um seminário sem nenhum componente prático.

Valdes et al (1995) relataram os efeitos de um curso de 3 dias sobre as práticas clínicas de apoio ao aleitamento materno de 100 profissionais de saúde do Chile. Os tópicos incluíram a fisiologia da lactação, a lactação amenorréica como método de espaçamento gestacional, a capacitação para solucionar problemas da amamentação, e considerações relacionadas às normas. Técnicas didáticas, participativas e áudio-visuais foram utilizadas. Os autores concluíram que o conhecimento e as práticas se aperfeiçoaram, mas as limitações metodológicas dificultaram a elaboração de conclusões claras.

2.5 Duração dos cursos de treinamento

Os critérios da *Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC* recomendam que a duração do treinamento deve ser de pelo menos 18 horas, incluindo no mínimo 3 horas de prática clínica. Não houve nenhum estudo formal sobre a duração do treinamento, mas uma vasta experiência foi acumulada antes e durante a IHAC. Esta experiência demonstra que em geral 18 horas é o tempo mínimo, apesar de um período mais longo ser frequentemente necessário. Armstrong (1990) descreveu os estágios no processo de mudança tendo como base a extensa experiência de cursos ministrados na África. Ela descobriu que a resistência à adoção de rotinas adequadas, devido a uma oposição natural à mudança e à experiência pessoal com relação ao aleitamento materno, desenvolve-se com frequência no segundo ou terceiro dia de treinamento. A absorção de novas idéias e o planejamento ativo para mudança ocorrem mais prontamente quando esse estágio é ultrapassado.

Conforme relatos verbais em um país do Oeste Africano, a IHAC tentou reduzir o treinamento para dois dias, porém isto foi considerado impossível pois o material necessário não poderia ser condensado em tão curto tempo. Em países da África, sul e central, um curso de treinamento de 5 dias mostrou-se essencial em lugares onde nenhum treinamento havia sido ministrado previamente. Relatos de alguns países em outras regiões sugeriram que mesmo após um curso de 3 dias, era necessário mais treinamento para assegurar práticas clínicas consistentes com os critérios da IHAC.

Um estudo controlado do Brasil (Rea & Venancio, 1998) fornece mais evidências de que o *Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento*, em 40 horas, é eficaz para aperfeiçoar as habilidades dos profissionais de saúde. Sessenta profissionais de saúde (um por estabelecimento) foram aleatoriamente alocados a um grupo intervenção (n=20) que participou do curso, ou em um grupo controle (n=40). Métodos qualitativos e quantitativos foram usados para avaliar o impacto sobre o conhecimento, as habilidades e atitudes dos participantes em relação ao aleitamento materno imediatamente após o curso (pós teste precoce) e 3 meses mais tarde (pós-teste tardio).

Os indicadores para medir o conhecimento e as habilidades clínicas e de aconselhamento mostraram um aumento significativo no grupo intervenção e no pós-teste precoce, que decresceu apenas levemente no pós teste tardio. A maior mudança foi observada nas habilidades de aconselhamento: "ouvir e aprender", "comunicação não verbal" e "como desenvolver a autoconfiança e dar apoio".

2.6 Conclusões

Estudos transversais, tanto em países industrializados quanto em países em desenvolvimento, há muito tornaram claro o fato de que o conhecimento, as práticas e as atitudes dos profissionais de saúde com frequência, não são de apoio ao aleitamento materno. A necessidade de treinamento aperfeiçoado é clara, mas é necessário aprender muito mais sobre o que constitui um treinamento efetivo, de alta qualidade, incluindo conteúdo e metodologia, e as horas necessárias de ensino e de prática clínica supervisionada, ao invés de apenas o efeito de "algum" versus "nenhum" treinamento.

Melhorar o nível de conhecimento pode não ser efetivo para mudar práticas se não houver mudança de atitudes ou aumento nas habilidades. Treinadores experientes relatam, com frequência, que um forte componente prático pode ter mais efeito, tanto nas atitudes quanto nas habilidades, de que um treinamento que consiste primariamente de informações teóricas.

A experiência atual com a IHAC parece confirmar que 18 horas (3 dias) constitui-se em uma duração mínima adequada de treinamento, enquanto cursos mais longos (por exemplo, 5-6 dias, horário integral) com sessões clínicas diárias são desejáveis. O treinamento deve ser compulsório e combinado com normas específicas e fortes relativas ao aleitamento materno, para assegurar mudança nas práticas hospitalares. Provavelmente, nenhum tipo de intervenção isolada é suficiente.

Tabela 1. Características de cursos de treinamento em aleitamento materno em hospitais de referência em São Paulo, 1990-1995.

Hospital	Localização	Período de treinamento	Horário	Conteúdo	Facilitador	Participantes	Resultado
Hospital A	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto
Hospital B	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto
Hospital C	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto
Hospital D	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto
Hospital E	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto
Hospital F	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto
Hospital G	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto
Hospital H	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto
Hospital I	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto
Hospital J	São Paulo	18 horas	Integral	Teoria e prática	Enfermeiros	15	Alto

Tabela 1. Características de cursos de treinamento em aleitamento materno em hospitais de referência em São Paulo, 1990-1995.

Tabela 2.1. RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS TREINAMENTO

Estudo	Características dos Treinados	Treinamento	Avaliação/Resultado	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Altobelli 91 (Peru)	Pessoal de saúde perinatal em dois hospitais públicos assistindo famílias de baixa renda. Interv. Hosp. A: Passos 1, 6, 7, 8, 9 cumpridos (159 treinandos). Interv. Hosp. B: Passos 6 e 7 (126 treinandos). Controle (Hosp. C): Apenas alojamento conjunto.	20 horas de treinamento + 1 dia extra de treinamento prático para auxiliares de enfermagem	Pesquisas CAP antes (n=323) e 9 meses depois do treinamento (n=325). Idade média em que os PS recomendariam a introdução da água AM exclusivo com 4 semanas AM exclusivo com 12 semanas	Hosp. A (antes): 13 semanas Hosp. B (antes): 8 semanas Contr.: 2 semanas Contr.: 13 (12%) Contr.: 7 (6%)	Hosp. A (depois): 24 semanas*** Hosp. B (depois): 22 semanas*** Hosp. A: 67 (57%)* Hosp. B: 24 (24%)* Hosp. A: 57 (49%)* Hosp. B: 11 (12%)	CAP aprimorada em A e B após o treinamento Mais aleitamento materno exclusivos com 12 semanas em A; Até 4 semanas em B (cada um vs C)
Westphal 95 (Brasil)	3 membros de equipes de 4 hospitais pareados com 4 hospitais controle, não previamente expostos ao treinamento sobre AM	Curso de treinamento prático e teórico de 3 semanas (133 horas)	Cumprimento aos "Dez Passos": escore antes/depois do treinamento (aumento do %), dados recalculados	Contr. 1: 2,2/3,3 (50%) Contr. 2: 2,3/1,6 (-30%) Contr. 3: 2,6/2,8 (8%) Contr. 4: 3,9/4,1 (5%)	Interv. 1: 2,5/3,1 (24%) Interv. 2: 2,6/4,2 (62%) Interv. 3: 2,9/4,8 (66%) Interv. 4: 3,2/3,7 (16%)	Cumprimento dos "Dez Passos" aumentado após o treinamento.
Rea 98 (Brasil)	20 profissionais de saúde de diferentes estabelecimentos de saúde, na mesma área geográfica; 40 profissionais selecionados como grupo controle.	Curso de aconselhamento para o aleitamento materno de 2 semanas (40 horas), com 4 sessões práticas	Média dos resultados corretos de conhecimento (%) antes do curso Média dos resultados corretos de conhecimento (%) imediatamente/após 3 meses Pontuação média de "Ouvir e Aprender" (DP) antes do curso Pontuação média de "Ouvir e Aprender" (DP) imediatamente/após 3 meses Pontuação média de "Desenvolver a confiança" (DP) antes do curso Pontuação média de "Desenvolver a confiança" (DP) imediatamente/após 3 meses	7,9 (61%) 14,4 (55%)* 12,9 (3,4) 12,2 (3,4)* 25,4 (5,3) 24,3 (5,9)*	8,1 (62%) 21,7 (84%)* 12,8 (3,2) 19,4 (3,7)* 26,6 (4,9) 36 (4,9)*	Conhecimento aumentou significativamente e permaneceu alto após 3 meses com o treinamento A capacidade de "Ouvir e Aprender" aumentou e permaneceu alta O item "Desenvolver a confiança" aumentou e permaneceu alto

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

PS: Profissionais de Saúde

AM: Aleitamento Materno

pp (desvio padrão)

Tabela 2.2. RESULTADOS COMPARATIVOS DAS PESQUISAS TREINAMENTO

Estudo	Características dos Treinandos	Treinamento	Avaliação/Resultado	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Popkin 91 (Honduras)	Médicos e enfermeiras trabalhando em 2 hospitais-escola nacionais, 1 hospital e 1 dos principais centros de saúde	Treinamento em serviço para a equipe do hospital e para a comunidade PS + Passos 1, 4, 6, 7 e 9	Pesquisas CAP antes (n= 338) e 2 anos após treinamento (n=427): Recomendam AM ao nascer: Erroneamente acreditam que o abcesso no seio seja uma contra-indicação para o AM:	27%	87%**	Conhecimento e atitudes melhoraram após o treinamento
Bradley 92 (Quênia)	Profissionais de Saúde de Maternidade em 41 hospitais públicos e 17 hospitais privados	Treinamento de profissionais de saúde e chefias (tempo não especificado) + mudanças nas políticas do Ministério da Saúde	Pesquisas CAP antes (n= 300) e ≤ 6 anos após treinamento (n=284): PS recomendam o alojamento conjunto 24 horas: PS praticam o uso de mamadeiras:	77%	57%**	
				49%	89%	CAP aprimorada após programa incluindo treinamento
				80%	5%	

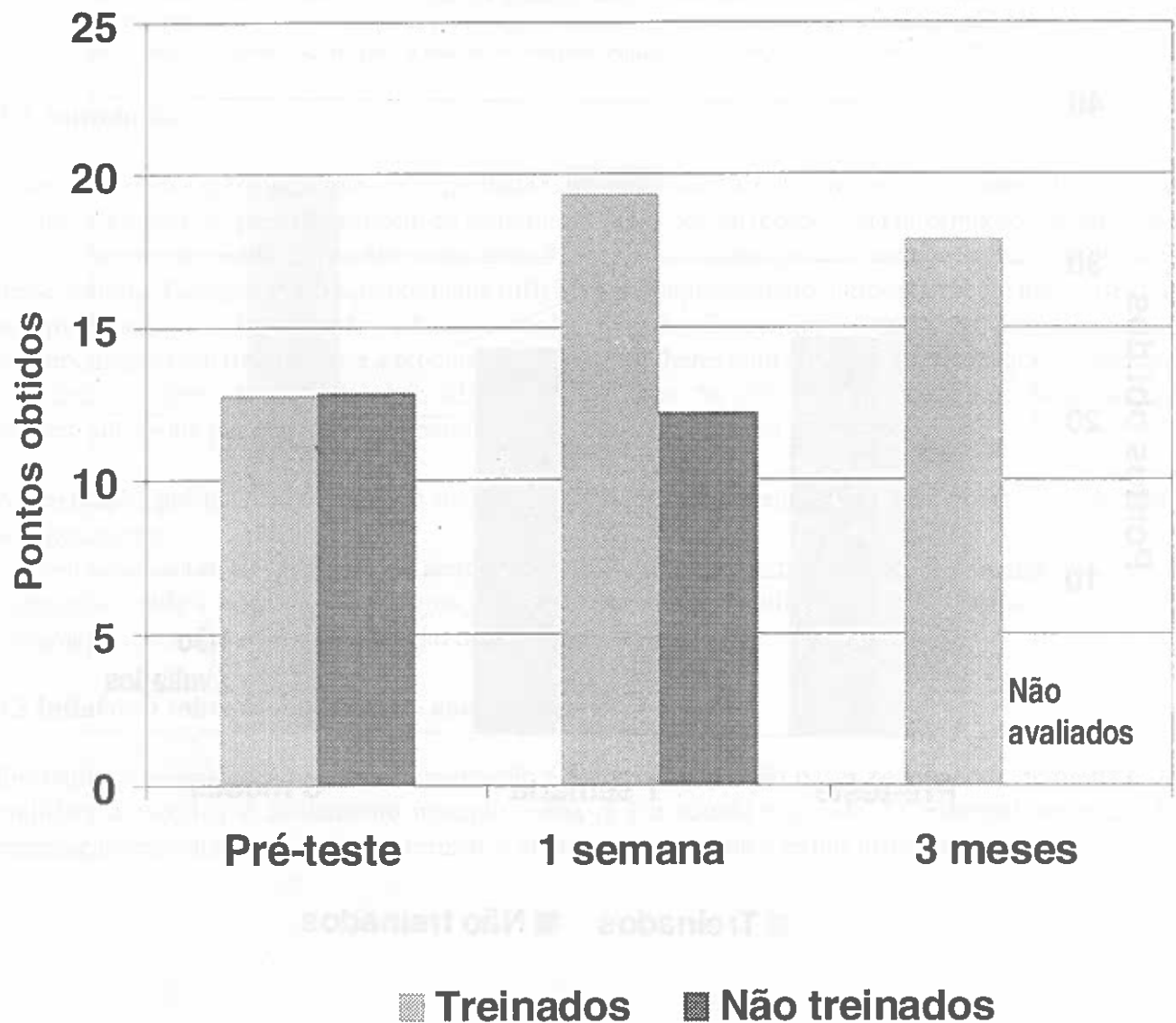
*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

PS: Profissionais de Saúde

AM: Aleitamento Materno

Passo 2 - Treinamento

“Habilidades de ouvir e aprender” nos grupos treinados e nos de controle antes do treinamento, 1 semana e 3 meses depois



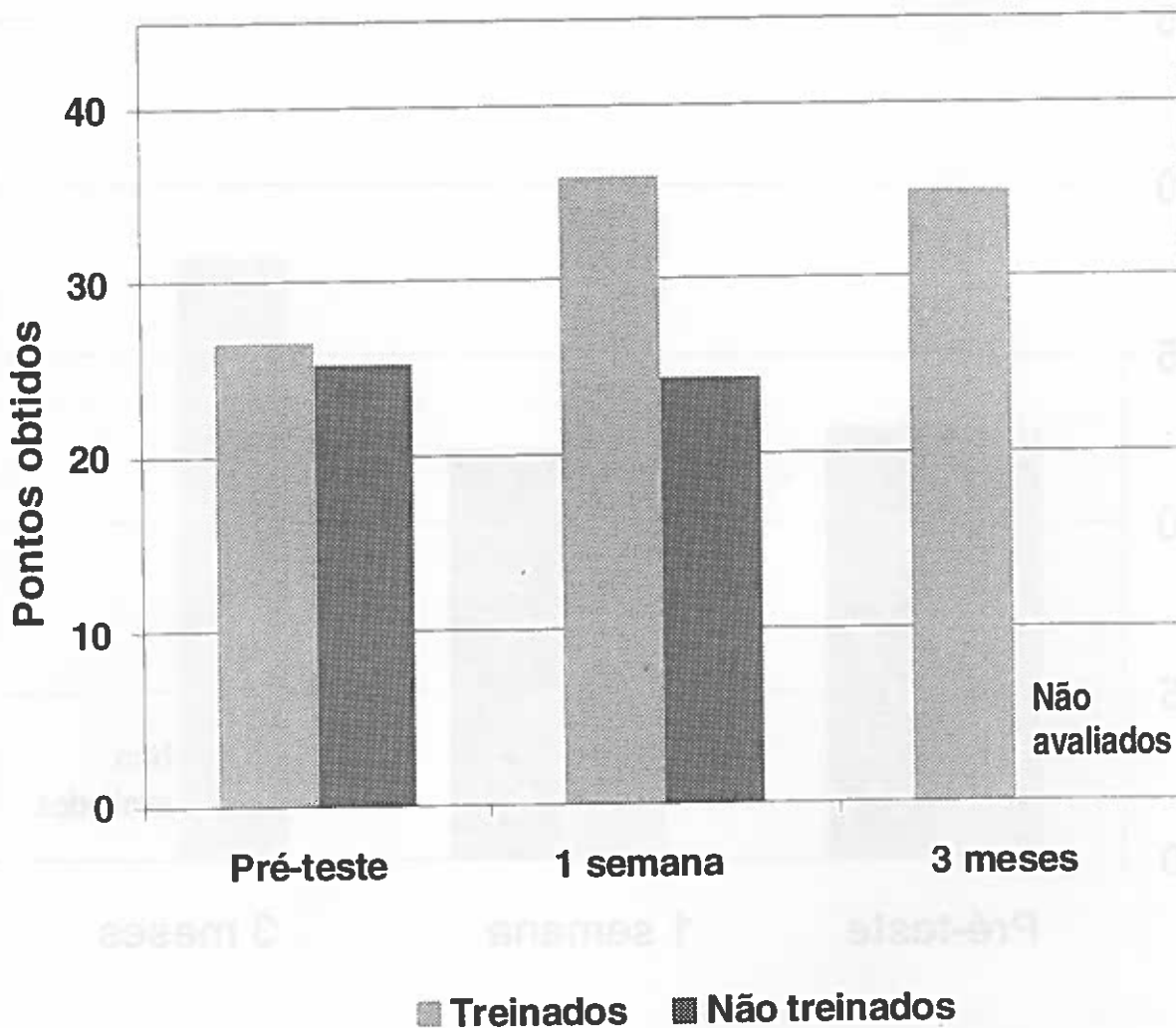
*** Pré-teste para treinados vs. 1 semana ou 3 meses: $p < 0,001$

*** Treinados vs. Controle: $p < 0,001$

Adaptado de: Rea M & Venancio SI (1998)

Passo 2 - Treinamento

“Desenvolvendo a autoconfiança” nos grupos treinados e controle antes do treinamento, 1 semana e 3 meses depois



***Pré-teste para treinados vs. 1 semana ou 3 meses: $p < 0,001$.
***Treinados vs. Controle: $p < 0,001$

Adaptado de: Rea M & Venancio SI (1998)

Passo 3

3.1. “Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno”.

Se o hospital tiver um ambulatório de assistência pré-natal ou uma enfermaria de gestante de alto risco... aconselhamento sobre a amamentação deve ser dado à maioria das gestantes que utilizam esses serviços... A discussão pré-natal deve abranger a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 4-6 meses¹, as vantagens do aleitamento materno e o manejo básico da amamentação... Mulheres grávidas com 32 semanas ou mais de gestação... devem confirmar que as vantagens da amamentação foram discutidas com elas... [incluindo] pelo menos dois dos seguintes benefícios: nutricional, protetor, ligação afetiva, vantagens para a saúde da mãe... e que não receberam nenhuma sessão de educação em grupo sobre o uso de fórmulas infantis. Elas devem ser capazes de descrever pelo menos dois dos seguintes tópicos sobre o manejo da amamentação: importância do alojamento conjunto, importância da amamentação sob livre demanda, como assegurar uma quantidade suficiente de leite, como posicionar a criança ao seio e pega (Critérios Gerais para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança OMS/ UNICEF, 1992)

3.2. Introdução

O senso comum sugere que deve ser importante falar com todas as mulheres grávidas sobre alimentação infantil, e prepará-las para este aspecto da maternidade. Elas devem receber toda informação que precisam para tomar uma decisão informada e consciente. No entanto, existem poucos estudos sobre a efetividade desse método. Esse passo é frequentemente difícil de ser implementado, particularmente nos países em desenvolvimento onde as sessões educativas pré-natais não são comuns. As clínicas de pré-natal não são procuradas com frequência, e a procura pode ser de mulheres com gravidez avançada que já tomaram uma decisão sobre a forma como irão alimentar seus filhos. As clínicas não possuem profissionais em número suficiente para atender a demanda e são pobres em material educativo.

A orientação pré-natal normalmente inclui os seguintes componentes, que devem ser considerados separadamente:

- informações sobre as vantagens do aleitamento materno para motivar mulheres à amamentar;
- educação sobre a técnica de amamentação para aquisição de habilidades e auto-confiança;
- exame físico das mamas e preparação dos mamilos.

3.3 Influência sobre as intenções de amamentar

Em muitas comunidades onde a amamentação é a norma, pode não haver necessidade de motivar as mulheres a escolher o aleitamento materno - esta já é a atitude esperada. O principal benefício da preparação pré-natal é ajudá-las a otimizar o aleitamento materno e evitar dificuldades.

¹ O Ministério da Saúde do Brasil e mais recentemente (maio de 2001) a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam o aleitamento materno exclusivo durante os 6 primeiros meses de vida.

Tem sido repetidamente demonstrado em países desenvolvidos, que de um terço à metade das mulheres decidem como irão alimentar seus bebês antes de ficarem grávidas (Hally et al, 1984; Neifert et al, 1988; Dix, 1991; Graffy, 1992). Suas intenções podem variar de acordo com a etnia, estado civil e idade (Baranowski et al, 1983, Lizarraga et al, 1992) e experiências prévias, incluindo como a própria mulher foi alimentada quando bebê (Entwisle, Doering & Reilly, 1982). A atitude do parceiro com relação ao aleitamento materno e a percepção da gestante no que diz respeito a essa atitude também podem influenciar sua decisão (Freed, Fraley & Schanler, 1992 e 1993).

Portanto, perto da época do nascimento da criança, importantes influências incluem – amigas, irmãs, parentes (Labbok et al, 1988) – e parceiros (Giugliani et al, 1994).

Dessa forma, o conhecimento é apenas um entre os vários fatores que influenciam as intenções de amamentar, e isoladamente, pode não ser tão efetivo. Kaplowitz & Olson (1983) demonstraram evidências de que materiais impressos fornecidos às mulheres durante a gravidez aumentavam o conhecimento, mas não alteravam as atitudes maternas nem a incidência ou duração do tempo de aleitamento. Os autores sugeriram que uma abordagem individualizada seria mais eficiente. No entanto, a amostra foi pequena e não representativa.

Por conseguinte, informar as mães sobre as vantagens do aleitamento materno pode influenciar aquelas que ainda não se decidiram, ou as que ainda não tomaram uma decisão final, mas aumentar o apoio social é a forma mais eficiente de facilitar a opção da mulher pelo aleitamento materno e fazer com que ela mantenha tal opção. Para isso pode ser necessário o uso de estratégias adicionais, como por exemplo incluir o parceiro, a mãe, amiga íntima ou seus pares nos programas de educação pré-natal.

3.4. Evidências das vantagens da educação pré-natal

A educação pré-natal para mulheres pode aumentar o aleitamento materno a partir do momento em que fortalece a confiança e as habilidades das mães. As sessões educativas parecem bastante eficazes. Um pequeno estudo quasi-experimental (Wiles, 1984) avaliou o efeito de uma sessão educativa sobre aleitamento materno durante o pré-natal oferecida a mulheres primíparas que estavam recebendo educação para o parto. O grupo intervenção (n = 20) relatou uma frequência de aleitamento significativamente mais alta do que o grupo controle (n = 20).

Kistin et al (1990) estudaram os efeitos da educação pré-natal sobre os índices de amamentação entre mulheres negras de baixa renda que freqüentavam uma clínica de pré-natal dirigida por parteiras. Os grupos eram alocados randomicamente para participar em sessões de grupos (n = 38) ou sessões individuais (n = 36). Um grupo controle (n = 56) não participava de nenhuma dessas aulas ou sessões. Uma sessão tinha duração de 50 a 80 minutos onde eram discutidos os seguintes tópicos: razões para a escolha de alimentação, mitos comuns, fisiologia, benefícios à saúde, inibições ou problemas comuns relacionados à amamentação e formas de superá-los. As sessões individuais tinham duração de 15 a 30 minutos, e incluíam os mesmos assuntos.

A proporção de mães que iniciaram a amamentação foi significativamente maior em ambos os grupos de intervenção, (45 e 50%) em comparação ao grupo controle, (22%). Dentre as mães que planejavam usar mamadeiras, 38% das que participaram das sessões individuais e apenas 8% das do grupo controle eventualmente amamentaram ($p < 0,001$). Dentre as mães que no pré-natal tinham planos de amamentar, 13% daquelas que participaram das sessões em grupo e 1% do grupo controle amamentou pelo menos 12 semanas ($p < 0,05$). Foi realizada uma análise multivariada, controlando a idade, intenção de amamentar durante o pré-natal, experiência prévia de amamentação, percepção de apoio para amamentar, educação, paridade, e planos de trabalho.

A chance da mulher amamentar durante a internação no hospital foi 4,26 vezes mais alta entre aquelas que receberam qualquer uma das intervenções em comparação ao grupo controle ($p < 0,005$) e 5,16 vezes mais alta entre as mulheres que freqüentaram as aulas em comparação ao grupo controle ($p < 0,01$).

Jamieson (1994) e Long (1995) descreveram *workshop* de orientação pré-natal sobre amamentação, implementados no Reino Unido, que enfocavam o conhecimento, as habilidades e as atitudes (isto é, desenvolver a autoconfiança das mães e ensiná-las a posicionar o bebê para a pega correta no seio). Uma avaliação do projeto demonstrou que o número de mães que ainda amamentavam com 8 a 12 semanas era 20% maior entre as participantes do *workshop* do que no grupo controle (Long, 1995).

Um estudo quasi-experimental feito em Santiago, Chile (Pugin et al, 1996) avaliou o efeito do programa de promoção ao aleitamento materno com ou sem educação pré-natal específica de um hospital. O programa incluía várias intervenções abrangendo a maioria dos “Dez Passos” (vide Seção 11). Um subgrupo também recebeu orientação pré-natal sobre amamentação: grupos de 5 a 6 mulheres participaram em sessões conduzidas por uma enfermeira obstétrica treinada enquanto aguardavam pelos últimos 3 a 5 check-ups pré-natal

Os tópicos discutidos em cada sessão tratavam dos cuidados com as mamas, benefícios para a mãe e para o recém-nascido, técnicas de amamentação, anatomia e fisiologia da lactação, prevenção de problemas, alojamento conjunto e contato imediato. Um álbum seriado, um modelo de mama e um boneco do tamanho de um bebê eram usados para a demonstração prática. O grupo que recebeu orientação pré-natal extra alcançou uma taxa mais alta de aleitamento materno total com 6 meses do que o grupo que não recebeu (80% versus 65%, respectivamente, $p < 0,0026$). Quando mulheres de paridade diferentes eram consideradas separadamente, as diferenças continuavam significativas apenas para as mulheres primíparas (94% versus 57%, $p < 0,005$). Concluiu-se que “a educação pré-natal em grupo para desenvolver as habilidades do aleitamento materno é um componente suplementar, significativo e importante do apoio à amamentação, principalmente para as mulheres que não possuem experiência de amamentação prévia”. Os aspectos da intervenção que desempenharam um papel importante foram as discussões em grupo sobre os mitos, inibições e problemas comuns relativos à amamentação e apoio dos pares.

Diversos estudos avaliaram a assistência pré-natal oferecida por conselheiros comunitários leigos de países em desenvolvimento (Burkhalter & Marin, 1991; Alvarado et al, 1996; Davies-Adetugbo, 1996; Morrow et al, 1996) e nos Estados Unidos (Long et al, 1995). Nos países e lugares onde as visitas e aulas no pré-natal são raras, essa alternativa pode ser a mais viável. Pelo fato de estar combinada à assistência continuada pós-natal contínua, será discutida mais detalhadamente no Passo 10.

No entanto, a orientação pré-natal deve ser formulada de acordo com as características do grupo alvo. Fishman, Evans & Jenks (1988) descobriram que um programa de incentivo à amamentação na Califórnia era inadequado para um grupo de mulheres da Indochina. Discussões em grupo focais revelaram a crença de que a fórmula infantil era melhor do que o leite materno por uma série de motivos, alguns relativos ao equilíbrio dos humores na medicina asiática, e outros relativos a preocupações em manter o peso e a energia após o parto. As mensagens do programa divulgando que amamentar “é saudável, poupa tempo, promove a perda de peso e ajuda as mães a criarem vínculos mais fortes com o bebê” eram baseadas na percepção americana e não estimulavam as mulheres da Indochina.

3.5. Evidências dos benefícios da preparação dos mamilos

O acompanhamento pré-natal normalmente inclui o exame das mamas para identificar algumas condições que possam interferir na amamentação, como por exemplo mamilos invertidos. Várias formas de

preparação das mamas são normalmente recomendadas, tais como a manipulação dos mamilos, a aplicação de cremes e a expressão do colostro no pré-natal (Inch & Garforth, 1989).

Alexander, Grant & Campbell (1992) avaliaram o uso de conchas para os seios e dos exercícios de Hoffman de distensão do mamilo em 95 mulheres nulíparas entre 25 e 35 semanas de gestação e que tinham intenção de amamentar. As mulheres que apresentavam pelo menos um mamilo invertido ou plano foram alocadas randomicamente para um dos quatro grupos seguintes: somente conchas para os seios, somente exercícios de Hoffman, conchas e exercícios combinados e, nem conchas nem exercícios. Os mamilos foram reexaminados após o parto, antes da primeira tentativa de amamentação e um questionário foi enviado pelo correio após seis semanas, o qual teve índice de 100% de retorno de respostas. Os dados foram analisados de acordo com o grupo a que pertenciam, quer o tratamento tenha sido cumprido ou não.

Um novo exame demonstrou que a incidência de melhora na anatomia do mamilo foi maior nos grupos que não receberam tratamento do que nos que foram tratados, mas as diferenças não foram significativas. As mulheres do grupo que usavam conchas amamentavam com menos frequência nas primeiras seis semanas em relação às que não usavam conchas (29% versus 50% respectivamente, $p=0,05$). As conchas causavam dores, desconforto, irritações na pele e constrangimento. Cinco mulheres alocadas no grupo que usava conchas decidiram não tentar amamentar, 4 das quais apresentaram como motivo os problemas do uso das conchas. Não se observou mudanças no índice de casos de amamentação com seis semanas entre as mulheres alocadas para os exercícios ou não.

Um estudo maior envolvendo 17 estabelecimentos do Reino Unido e Canadá obteve resultados semelhantes (MAIN Trial Collaborative Group, 1994). Quatrocentas e sessenta e três (463) mulheres grávidas foram randomicamente alocadas em um dos quatro grupos, das quais 442 (95%) tinham dados completos. Como apresentado na Tabela 3.2, a amamentação com semanas foi similar com e sem conchas ou exercícios. Deduziu-se que não existem fundamentos para aconselhar o uso de conchas para os seios ou exercícios de Hoffman como tratamento pré-natal em casos de mamilos invertidos ou planos, e não há indicação para exames de rotina das mamas das gestantes com esse propósito.

Sugeriu-se que a confiança da mulher com relação ao aleitamento materno pode ser reduzida pelo exame pré-natal das mamas, principalmente no caso de apresentarem mamilos invertidos ou planos (Alexander, Grant & Campbell, 1992). A prostrabilidade aumenta com a aproximação do parto, e ajudar a posicionar corretamente o recém-nascido no peito, logo no início do período pós-parto, mostra-se como uma técnica mais eficiente que as intervenções durante o pré-natal.

3.6 Conclusões

Há evidências de que a educação pré-natal é mais útil para mulheres primigestas do que para as multiparas. A preparação pré-natal pode apresentar um importante efeito na amamentação, principalmente se orientar as mulheres sobre as técnicas de aleitamento e fortalecer a autoconfiança da mãe para que ela sinta maior segurança no ato de amamentar.

Discussões em grupo tratando de assuntos como mitos, inibições e demonstrações práticas são métodos úteis. Palestras sobre as vantagens da amamentação são de valor duvidoso. Seriam mais eficazes se houvesse a participação de pessoas que convivem no ambiente social da mulher, tais como o pai, a avó da criança ou amigas íntimas, e que exercem influência na sua decisão de amamentar.

Pode ser mais difícil implementar as aulas de orientação pré-natal em lugares onde os recursos são escassos. Até mesmo nos locais onde as visitas de acompanhamento pré-natal são raras, a inclusão de uma discussão breve sobre amamentação pode ser benéfica. No entanto, não há evidências experimentais específicas. O tópico mais útil a ser discutido pode variar de acordo com o estágio da gravidez: discutir os benefícios da amamentação é mais eficaz no primeiro trimestre, ao passo que discutir os medos e crenças ou realizar demonstrações práticas pode ser mais útil posteriormente. As alternativas viáveis para as aulas em estabelecimentos de saúde são encorajar a formação de grupos de apoio entre as mães, as visitas domiciliares feitas por conselheiros leigos ou a educação comunitária durante a gestação (vide Passo 10).

A preparação física das mamas, mesmo daquelas com mamilos planos, não traz benefícios e não deve ser praticada como rotina.

TABELA 3.1 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS
PREPARAÇÃO PRÉ-NATAL - EDUCAÇÃO

Estudo	Características da População	Controle/intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusões
				Controle:	Intervenção	
[Limitações Metodológicas] Kaplowitz 83 (E.U.A) [8]	Mulheres de baixa renda com 4-6 meses de gestação, sem experiência prévia de sucesso na amamentação	Controle: Não houve envio de panfletos. Interv.: 5 panfletos contendo informações sobre AM e uso de mamadeiras foram enviados, por correio consecutivamente, para as casas dos sujeitos	Contr.: 22 Interv.: 18 n = 40	Escore obtido em conhecimento 4,3*** Atitude permaneceu inalterada	Escore obtido em conhecimento 6,3*** Não houve melhora na atitude em relação ao aleitamento	Fornecer informação por meio de panfletos, aumentou o conhecimento mas não melhorou as atitudes com relação ao AM
Wiles 84 (E.U.A) [8]	Mulheres primíparas (=32 sem. de gestação) matriculadas nos cursos, com intenção de amamentar; recém-nascido saudável e a termo	Controle: Aula de Educação para o Parto Interv.: Curso pré-natal sobre aleitamento	Contr.: 20 Interv.: 20 n = 40	6 (30%) no grupo controle ainda em AM com 1 mes	18 (90%) no grupo intervenção ainda em AM com 1 mes	Amamentação com 1 mês associada com Curso pré-natal
Kistin 90 (E.U.A) [4*]	Mulheres negras, pobres e vivendo na área urbana, <24 sem. de gestação, com intenção de amamentar ou usar mamadeiras, ou indecisas	Controle: os mesmos cuidados de rotina Interv. I: Cursos sobre AM no pré-natal (pelo menos uma sessão de 50-80 minutos) Interv. II: Contato individual com duração de 15-30 minutos, discussão de tópicos semelhantes aos da Interv. I	Contr.: 56 Interv. I: 38 Interv. II: 36 n = 130	13 (22%) do grupo controle amamentou no hospital	No grupo I, 17 (45%)* amamentaram no hospital No grupo II, 18 (50%)* amamentaram no hospital	Preparação pré-natal associado ao aumento do início do AM
Pugin 96 (Chile) [6]	Gestantes de classe média e média alta no último trimestre de gestação, com intenção de amamentar	Controle: antes da intervenção Interv. I: cuidados pré e pós-natal (passos 1-3 + 5-10) Interv. II: como acima + 3-5 sessões de educação para o AM	Contr.: 313 Interv. I: 363 Interv. II: 59 n = 735	99 (32%) praticavam o AM total com 6 meses No grupo I 235 (65%) praticavam o AM total com 6 meses	Nos grupos I + II combinados, 282 (67%) praticavam o AM total com 6 meses*** No grupo II, 47 (80%) praticavam o AM total com 6 meses**	O aleitamento total aos 6 meses aumentou com a educação pré-natal, tanto para primíparas quanto para multiparas. O aleitamento total aumentou com a assistência pré-natal especial.

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

* Perdas; analisadas separadamente

AM: Aleitamento Materno

TABELA 3.1 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS
PREPARAÇÃO PRÉ-NATAL - EDUCAÇÃO

Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Controle/Intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusões
				Controle	Intervenção	
Kaplowitz 83 (E.U.A) [8]	Mulheres de baixa renda com 4-6 meses de gestação, sem experiência prévia de sucesso na amamentação	Controle: Não houve envio de panfletos. Interv.: 5 panfletos contendo informações sobre AM e uso de mamadeiras foram enviados, por correio consecutivamente, para as casas dos sujeitos	Contr.: 22 Interv.: 18 n = 40	Escore obtido em conhecimento 4,3*** Atitude permaneceu inalterada	Escore obtido em conhecimento 6,3*** Não houve melhora na atitude em relação ao aleitamento	Fornecer informação por meio de panfletos, aumentou o conhecimento mas não melhorou as atitudes com relação ao AM
Wiles 84 (E.U.A) [8]	Mulheres primigestas (=32 sem. de gestação) matriculadas nos cursos, com intenção de amamentar, recém-nascido saudável e a termo	Controle: Aula de Educação para o Parto Interv.: Curso pré-natal sobre aleitamento	Contr.: 20 Interv.: 20 n = 40	6 (30%) no grupo controle ainda em AM com 1 mes	18 (90%) no grupo intervenção ainda em AM com 1 mes	Amamentação com 1 mês associada com Curso pré-natal
Kistin 90 (E.U.A) [4*]	Mulheres negras, pobres e vivendo na área urbana, <24 sem. de gestação, com intenção de amamentar ou usar mamadeiras, ou indecisas	Controle: os mesmos cuidados de rotina Interv. I: Cursos sobre AM no pré-natal (pelo menos uma sessão de 50-80 minutos) Interv. II: Contato individual com duração de 15-30 minutos, discussão de tópicos semelhantes aos da Interv. I	Contr.: 56 Interv. I: 38 Interv. II: 36 n = 130	13 (22%) do grupo controle amamentou no hospital	No grupo I, 17 (45%)* amamentaram no hospital No grupo II, 18 (50%)* amamentaram no hospital	Preparação pré-natal associado ao aumento do início do AM
Pugin 96 (Chile) [6]	Gestantes de classe média e média alta no último trimestre de gestação, com intenção de amamentar	Controle: antes da intervenção Interv. I: cuidados pré e pós-natal (passos 1-3 + 5-10) Interv. II: como acima + 3-5 sessões de educação para o AM	Contr.: 313 Interv. I: 363 Interv. II: 59 n = 735	99 (32%) praticavam o AM total com 6 meses No grupo I 235 (65%) praticavam o AM total com 6 meses	Nos grupos I + II combinados, 282 (67%) praticavam o AM total com 6 meses*** No grupo II, 47 (80%) praticavam o AM total com 6 meses**	O aleitamento total aos 6 meses aumentou com a educação pré-natal, tanto para primíparas quanto para multiparas. O aleitamento total aumentou com a assistência pré-natal especial.

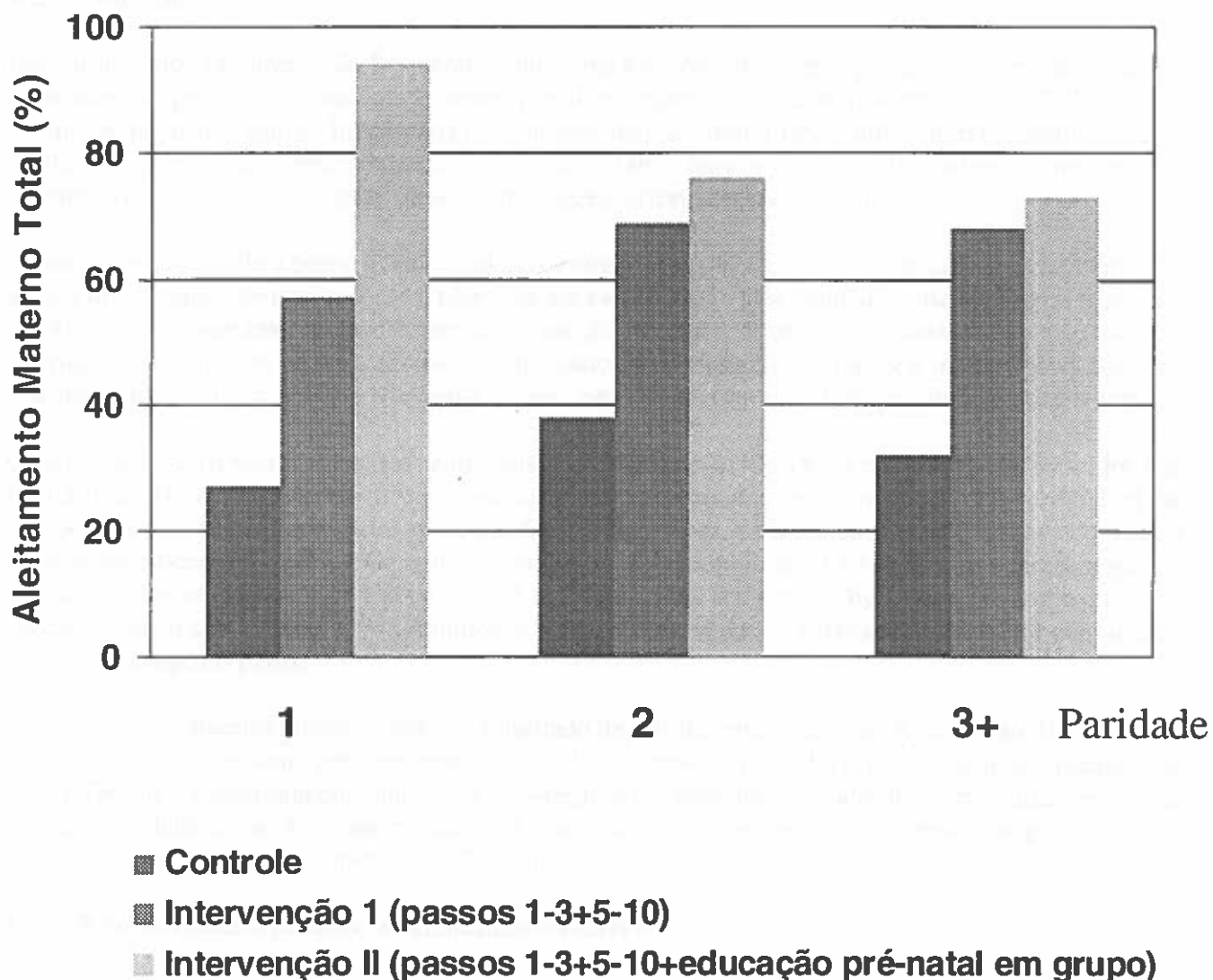
*: Perdas; analisadas separadamente

AM: Aleitamento Materno

*p<0,05; **p<0,01; ***P<0,001

Passo 3 - Cuidados no período pré-natal

Aleitamento materno total aos 6 meses segundo o tipo de cuidados no pré-natal e a paridade em Santiago, Chile.



*** Controle vs. Intervenção I e Intervenção II: $p < 0,0001$

** Intervenção I vs. Intervenção II: $p < 0,005$

Adaptado de: Pugin E et al (1996)

PASSO 4

4.1 “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia-hora após o nascimento”

Mães na maternidade que tiveram parto vaginal normal devem confirmar que na primeira meia-hora após o nascimento, receberam seus filhos para que o segurassem junto à pele, por pelo menos 30 minutos, e que lhes foi oferecida ajuda de um membro da equipe para iniciar a amamentação... Pelo menos 50% das mães que tiveram parto cesáreo devem confirmar que, na primeira meia-hora que tiveram condições de responder, receberam seus bebês para que os segurassem junto à pele. (Critérios Globais para Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, OMS/UNICEF 1992).

4.2 Introdução

Recém-nascidos saudáveis são freqüentemente separados de suas mães após o parto e podem não ser colocados no peito por horas, ou às vezes por dias, esperando o leite materno “descer”. Isso pode acontecer tanto nos partos hospitalares como nos partos domiciliares, em contextos tradicionais e modernos. A prática é potencialmente prejudicial tanto para o aleitamento materno como para o desenvolvimento da relação mãe-filho, muitas vezes, referida como “vínculo”.

O contato precoce pele a pele e a oportunidade de sugar na primeira hora ou logo após o nascimento são ambos importantes. Um certo contato não pode ser evitado quando se tenta uma mamada, mas o contato em si não necessariamente resulta em uma sucção imediata. Entretanto, contato e sucção são tão interligados que muitos estudos revisados têm usado os termos sem distinção, e poucos pesquisadores (Taylor, Maloni & Brown, 1986; Righard & Alade, 1990; Widström et al, 1990) os distinguem claramente.

Observações de 10 recém-nascidos realizadas por Widström et al (1987) e de 38 recém-nascidos por Righard & Alade (1990), mostraram que crianças não-sedadas seguem um padrão previsível de comportamento quando colocados no tórax da mãe logo após o nascimento antes da mamada, mas a duração do processo é variável. Os movimentos começaram depois de 12 a 44 minutos e foram seguidos de sucção espontânea com boa pega aos 27 a 71 minutos. Widström observou que movimentos de sucção alcançavam um pico aos 45 minutos, e após isto declinavam e estavam ausentes por duas a duas horas e meia após o parto.

O início do aleitamento materno pode ser retardado depois de uma cesariana. A condição da mãe ou da criança, às vezes, faz com que o retardo seja inevitável, mas isto não deveria ser necessariamente uma rotina. Depois da cesariana com anestesia loco-regional, o aleitamento materno pode, muitas vezes, ser iniciado imediatamente. Com anestesia geral, o aleitamento pode ser iniciado dentro de poucas horas, tão logo a mãe recupere a consciência (Gonzales, 1990).

4.3. Efeito do contato precoce no aleitamento materno

Diversos estudos randomizados ou quasi-experimentais examinaram a influência de um contato precoce pós-natal na iniciação ou continuação do aleitamento materno, e em alguns casos sobre outros aspectos da interação mãe-filho.

Righard & Alade (1990) estudaram o efeito do contato precoce sobre a sucção imediata. Compararam dois grupos de crianças alocadas (sendo a escolha feita pela parteira e pela mãe) para o grupo “contato” ou “separação”, imediatamente após o nascimento. O grupo contato (38 bebês) teve contato imediato a partir do nascimento, por no mínimo 1 hora. Vinte e quatro (24) deles estavam mamando corretamente depois de uma média de 49 minutos. O grupo separação (34 bebês) iniciou o contato imediatamente

após o nascimento, foram separados aos 20 minutos e retornaram 20 minutos depois. Somente 7 destas crianças mamaram efetivamente, sendo a diferença significativa ($p < 0,001$).

Foram identificados quatro estudos que mostraram que o contato precoce resultou em um aumento significativo nas taxas de amamentação aos 2 e 3 meses (Sosa et al, 1976; de Chateau & Wiberg, 1977a; Thomson, Hartsock & Larson, 1979; Ali & Lowry, 1981). Um estudo mostrou um efeito apenas com uma semana (Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez, 1990) e dois estudos fracassaram em mostrar efeito significativo (Salariya, Easton & Cater, 1978; Taylor et al, 1985).

Sosa et al (1976) estudaram 40 mulheres da Guatemala que foram alocadas de forma randomizada para um grupo de contato precoce, ou para um grupo controle, e acompanhadas por visitas domiciliares. O contato precoce foi iniciado depois da expulsão da placenta e sutura da episiotomia e continuado por 45 minutos. O grupo controle teve seu primeiro contato 24 horas após o parto. Após três meses, 72% das mulheres no grupo de contato precoce e somente 42% no grupo controle ainda estava amamentando. A duração média da amamentação foi de 196 dias no grupo de contato precoce e de 104 dias no grupo controle ($p < 0,05$).

De Chateau & Wiberg (1977a) estudaram 40 primíparas na Suécia. As mães foram alocadas de forma randomizada para um grupo controle e para um grupo intervenção que teve "contato extra" (15-20 minutos de sucção e contato pele-a-pele durante a primeira hora após o parto). Aos 3 meses, 58% das mães do grupo de contato extra ainda estavam amamentando, comparado a 26% do grupo controle ($p < 0,05$). As mães do grupo de contato extra passaram mais tempo beijando e olhando *no rosto* de seus filhos, enquanto seus bebês sorriam mais e choravam menos.

Thomson, Hartsock & Larson (1979) compararam em 30 primíparas que pretendiam amamentar o efeito do contato precoce, iniciado entre 15 a 30 minutos após o parto e continuado por 15 a 20 minutos, com o contato de rotina de menos de 5 minutos imediatamente após o nascimento, recomeçado depois de 12 a 24 horas. Aos dois meses após o parto, a amamentação sem suplementos lácteos foi mais comum no contato precoce do que no grupo controle (9/15 versus 3/15, $p < 0,05$).

Ali & Lowry (1981) compararam em 74 mães e bebês jamaicanos alocados ao acaso em dois grupos: contatos de rotina (começando por volta de 9 horas) com o contato precoce (45 minutos imediatamente após o parto, retomado 9 horas depois). As taxas do aleitamento materno total foram maiores no contato precoce do que no grupo de contato de rotina, ambos com 6 semanas (76% versus 49%, $p < 0,02$) e com 12 semanas pós-parto (57% versus 27%, $p < 0,05$). Quando entrevistadas com 12 semanas, as mães do grupo de contato precoce estavam mais propensas do que as do grupo controle à verbalização para com os seus filhos e a se levantarem e os seguirem, quando estes eram afastados.

Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez (1990) estudaram o efeito do contato precoce, promoção do aleitamento materno e alojamento conjunto no início e continuação da amamentação de primíparas nicaraguenses (vide Tabela 4.1). As mães foram alocadas de forma randomizada imediatamente após o nascimento do bebê em dois grupos: um grupo controle com separação completa até a alta médica de 12 a 24 horas após o parto; outro grupo de contato precoce, com o contato mãe-bebê imediato após o nascimento por 45 minutos, seguido de uma separação completa até a alta médica. O aleitamento materno total após uma semana foi significativamente mais comum no grupo do contato precoce que no grupo controle, mas não foram observadas diferenças aos 4 meses. A idade não foi controlada, apesar de metade das mães serem adolescentes.

Uma metanálise desses sete estudos, realizada por Perez-Escamilla et al (1994), concluiu que o contato precoce teve um efeito positivo na duração do aleitamento materno aos 2 a 3 meses ($p < 0,05$). Entretanto, ele adverte que “o efeito do tamanho entre os estudos foi heterogêneo” e alguns estudos incluíram outras intervenções (orientação sobre aleitamento materno, presença do pai durante o contato precoce), o que poderia contribuir de maneira independente para a melhora no aleitamento materno.

Um estudo transversal de 726 mulheres primíparas nos E.U.A. (Kurini & Shiono, 1991) mostrou que as mães eram menos propensas a amamentar exclusivamente no hospital se a primeira alimentação ocorresse entre 7 a 12 horas após o parto ou mais de 12 horas após o parto (odds ajustadas = 0,5, 95% IC 0,3 - 0,8 e odds ajustadas = 0,2, 95% IC 0,1 - 0,4 respectivamente).

4.4 Outros resultados

O contato com a criança logo após o nascimento desempenha um papel importante na manutenção do comportamento materno nos mamíferos, e existe evidência crescente de que isso é verdade também para os humanos (Rosenblatt, 1994).

Widström et al (1990) sugeriram que o toque precoce no mamilo e aréola (nos primeiros 30 minutos) pode influenciar positivamente a relação mãe/filho durante os primeiros dias após o parto. Um grupo de mães ($n = 32$) cujos bebês tocaram seus mamilos, deixou seus bebês no berçário por um período mais curto e conversaram mais com eles do que um grupo ($n = 25$) que permitiu o contato pele a pele sem o toque no mamilo.

A sucção precoce pode aumentar a atividade uterina pós-parto e pode reduzir o risco de hemorragia pós-parto. Chua et al (1994) em Cingapura, registraram a atividade uterina em 11 mulheres imediatamente após a expulsão da placenta, antes, durante e após a mamada ou a estimulação manual dos mamilos. O aumento mediano com o estímulo manual foi de 66%, e com a amamentação foi de 93%.

Christensson et al (1992) descobriram que recém-nascidos que tiveram contato pele-a-pele ($n = 25$), tiveram temperaturas axilares e de pele significativamente mais altas, níveis mais altos de glicose no sangue aos 90 minutos, um retorno mais rápido para zero do excesso de base negativo, e os bebês choraram menos do que os que permaneceram no berço perto de suas mães. ($n = 25$).

Em um estudo posterior, Christensson et al (1995) gravaram o choro de recém-nascidos nos primeiros 90 minutos após o nascimento. Dez foram separados de suas mães no berço, 12 tiveram contato pele-a-pele durante todo o período, e 11 foram mantidos em um berço durante 45 minutos e depois tiveram contato pele-a-pele durante os últimos 45 minutos. Os recém-nascidos que permaneceram com o contato pele-a-pele, choraram menos do que aqueles mantidos em um berço ($p < 0,001$). Os que foram mantidos em um berço por 45 minutos choraram com menos frequência quando iniciaram o contato pele-a-pele. O choro foi de uma qualidade especial, em pulsos curtos, e pode ser o equivalente ao “chamado da angústia de separação” observado em outros mamíferos.

4.5 Analgesia durante o trabalho de parto e o parto

Os analgésicos, particularmente a petidina (meperidina), administrados durante o trabalho de parto, e no parto em si, podem interferir no desenvolvimento precoce de um comportamento favorável ao aleitamento materno, retardar a primeira mamada e interferir na amamentação a longo prazo.

No estudo de Righard & Alade (1990), um grupo de mães recebeu petidina durante o trabalho de parto. Seus bebês eram menos propensos a sugar corretamente ou a não sugavam nas primeiras duas horas, comparados aos bebês nascidos de mães que não receberam analgesia ($p < 0,001$).

Nissen et al (1995) estudaram o comportamento no aleitamento materno de 44 recém-nascidos nas primeiras 2 horas após o nascimento. O reflexo de busca dos recém-nascidos de mulheres que não receberam petidina foi mais intenso e precoce ($p < 0,001$) enquanto que nos recém-nascidos do segundo grupo (expostos à petidina) a sucção começou mais tardiamente ($p < 0,05$).

Uma subamostra de 13 bebês, cujas mães receberam 100 mg de Petidina intramuscular foi avaliada posteriormente (Nissen et al, 1997). O comportamento na sucção mostrou-se mais afetado quando a petidina foi administrada de 1 a 5 horas antes do parto do que quando foi administrada de 8 a 10 horas antes.

Rajan (1994) analisou os dados combinados com uma pesquisa nacional de nascimentos no Reino Unido e um questionário remetido pelo correio e respondido por 1.064 mulheres (10% da pesquisa inicial) 6 semanas após o parto. Das mulheres que não receberam petidina durante o trabalho de parto, 45% estavam amamentando de forma exclusiva ou predominante, enquanto que naquelas que receberam petidina esta prática foi observada em apenas 38%.

Acredita-se que métodos alternativos para o alívio da dor que visem minimizar os efeitos colaterais tanto no bebê quanto na mãe, sejam considerados eficazes. Hofmeyr et al (1991) descobriram que a percepção de uma dor intensa foi significativamente mais baixa (58%) em um grupo de mulheres que contavam com o apoio de um acompanhante, quando comparada a um grupo que recebeu cuidados de rotina (79%, $p < 0,005$). Evidências do efeito de outros métodos não estão disponíveis.

4.6 Conclusões

O contato precoce aumenta o aleitamento materno, tanto imediatamente após o parto quanto aos 2 a 3 meses mais tarde. Entretanto, é difícil fazer recomendações precisas, pois o tempo de início e duração do contato precoce é diferente nos vários estudos.

Um contato tão curto quanto de 15 a 20 minutos na primeira hora pode ser benéfico, enquanto até mesmo uma interrupção de contato por 20 minutos na primeira hora pode ser prejudicial, sugerindo uma possível "dose-resposta". A sucção espontânea pode não ocorrer em até 45 minutos a 2 horas após o nascimento, mas o contato pele-a-pele deve iniciar-se tão logo quanto possível após o parto.

Estando o bebê em contato próximo com a mãe e podendo mamar assim que demonstre sinais de que está pronto, tais como os movimentos de sucção, não se justifica forçá-lo a pegar o peito. Isso pode acarretar um efeito adverso no comportamento da amamentação subsequente (Widström & Thingström-Paulsson, 1993).

Mães e bebês não devem ser separados após o nascimento a não ser que exista uma razão médica aceitável. Preferencialmente, o bebê deve ser colocado junto a mãe de forma contínua a partir do nascimento e deve-se permitir que ele pegue o peito espontaneamente sempre que mostre sinais de que está preparado. Uma recomendação arbitrária, mas prática, é o contato pele-a-pele iniciado *no máximo* dentro da primeira meia hora após o nascimento e *continuado por pelo menos* 30 minutos.

O uso de rotina da petidina deve ser reduzido. Caso as mães tenham recebido petidina nas 5 horas antes do parto, seus bebês provavelmente ficarão deprimidos e poderão necessitar de contato pele-a-pele por mais tempo, antes que comecem a mamar.

O contato precoce, incluindo o toque dos mamilos, pode ter importantes efeitos no comportamento materno em geral, e no vínculo mãe-filho. O contato pele-a-pele pode ser valioso e deve ser encorajado tanto para as mães que não pretendem amamentar, como para aquelas que pretendem

LAPOR 1. O BEBÊ E O PAI: TUDO O QUE É POSSÍVEL PARA TUDO O QUE É POSSÍVEL

Objetivo	Conteúdo	Atividade	Recursos	Tempo	Observações
1. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...
2. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...
3. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...
4. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...
5. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...
6. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...
7. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...
8. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...
9. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...
10. Conhecer o bebê e o pai	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...	... (text obscured) ...

LAPOR 1. O BEBÊ E O PAI: TUDO O QUE É POSSÍVEL PARA TUDO O QUE É POSSÍVEL

**Tabela 4.1. RESULTADOS COMPARATIVOS DOS ESTUDOS EXPERIMENTAIS
SUCCÃO OU CONTATO PRECOCE**

Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Controle/Intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Righard 90 (Suécia) [3]	Mães saudáveis com gestações sem complicações, recém- nascidos saudáveis	Controle: contato imediato por 20 min., separação por 20 min. e retomada de contato por 20 min. Interv: contato imediato ininterrupto por pelo menos 1 hora.	Contr.: 34 Interv: 38 n = 72	7 (20%) sugaram corretamente na primeira mamada***	24 (63%) sugaram corretamente na primeira mamada***	Contato ininterrupto durante a primeira hora pode ser benéfico para a sucção
Sosa 76 (Guatemala) [8]	Primíparas urbanas pobres, partos vaginais	Controle: primeiro contato 24 horas após o parto Interv: contato pele a pele por 45 minutos logo após o nascimento	Contr.: 20 Interv: 20 n = 40	8 (42%) ainda praticavam o AM aos 3 meses Duração média de 104 dias*	14 (72%) ainda em AM aos 3 meses Duração média de 196 dias*	Aumento não significativo no AM aos 3 meses (p = 0,057); aumento na duração do AM
De Chateau 77a (Suécia) [8]	Primíparas urbanas saudáveis e recém- nascidos saudáveis, nascidos a termo	Controle: contato restrito com o bebê vestido 30 minutos após o parto Int: sucção de 15-20 min. e contato pele a pele durante a primeira hora.	Contr.: 19 Interv: 21 n = 40 n	26% ainda em AM aos 3 meses*	58% ainda em AM aos 3 meses*	Aumento significativo no AM aos 3 meses no grupo do contato precoce
Salaria 78 (Escócia) [8]	Primíparas com intenção de amamentar e bebês saudáveis, nascidos a termo	Controle I: contato tardio + AM a cada 2 horas Controle II: contato tardio + AM a cada 4 horas Interv I: contato em 10 minutos após o parto (contato precoce) + AM a cada 2 horas Interv II: contato precoce + AM a cada 4 horas	Contr. I: 27 Contr. II: 26 Interv I: 29 Interv II: 27 n = 109	19 (70%) do Contr. I, 14 (54%) do Contr. II e 33 (62%) de ambos ainda em AM com 6 semanas	20 (69%) do Int I, 20 (74%) do Int II e 40 (71%) de ambos os grupos combinados ainda em AM com 6 semanas	Aumento não significativo no AM com 6 semanas
Thomson 79 (Canadá)	Primíparas casadas com intenção de amamentar, bebês saudáveis	Controle: bebês embrulhados, segurados < 5 min. pela mãe. Reunidos 12-24 horas mais tarde Int: contato pele a pele (+ sucção) iniciado 15- 30 min. pós-parto por 15-20 min.	Contr.: 15 Interv: 15 n = 30	3 (20%) ainda em AM total com 2 meses*	9 (60%) AM total com 9 meses*	Grupo do contato precoce mais propenso ao AM total aos 2 meses

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

AM: Aleitamento Materno

Tabela 4.1. (CONT.) RESULTADOS COMPARATIVOS DOS ESTUDOS EXPERIMENTAIS
SUCÇÃO OU CONTATO PRECOCE

Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Controle/Intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
All 81 (Jamaica)	Primíparas urbanas pobres e multiparas	Contr.: olhada de relance imediatamente após o parto + contato 9 horas depois Interv I: contato pele a pele durante 45 min. Logo após o nascimento, contato reestabelecido 9 horas depois Contr: 2-3 min. nos braços das mães com 25 min. Interv I: como acima + contato pele a pele 30 min. após o nascimento durante 46 min. + sucção Interv II: mesmo contato, sem sucção	Contr.: 37 Interv.: 37 n = 74	18 (49%) AM total com 6 semanas* 10 (27%) AM total com 12 semanas*	28 (76%) AM total com 6 semanas* 20 (57%) AM total com 12 semanas*	AM total com 12 semanas mais provável com o contato precoce
Taylor 85 (E.U.A.) [1, 4, 7]	Primíparas brancas, casadas, classe média, saudáveis e bebês saudáveis, nascidos a termo	Contr I: separação completa + promoção do AM de rotina. Contr II: alojamento conjunto + mensagens específicas de amamentação (contagem do período inicial não especificado). Interv: contato mãe-bebê por 45 min. logo após o nascimento, separação depois disso + mensagens específicas de AM.	Contr.: 39 Interv I: 15 Interv II: 24 n = 78	22 (56%) sujeitos do grupo de controle AM no hospital* Interv II: 8/16 (50%) ainda AM aos 2 meses	31 (79%) AM no hospital (Interv I + Interv II)* Interv I: 14/15 (93%) ainda o AM aos 2 meses* 72 (53%) AM total com 1 semana*** (comparados ao Contr. I somente) 16 (12%) AM total aos 4 meses	Grupo do contato precoce mais propenso a iniciar o AM AM com 2 meses mais provável com o contato precoce + sucção Aumento significativo no AM total em 1 semana, somente quando o grupo de contato precoce foi comparado ao grupo de controle I
Strachan- Lindenberg 90 (Nicarágua) [8]	Primíparas saudáveis, urbanas, pobres, partos vaginais sem complicações		Contr. I: 123 Contr. II: 116 Interv.: 136 n = 375	39 (32%) do Contr. / ***, e 73 (63%) do Contr. II AM total com 1 semana 12 (10%) do Contr. I; 8 (7%) do Contr. II AM total		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

AM: Aleitamento Materno

**Tabela 4.2 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS
CONTATO PRECOCE – OUTROS RESULTADOS**

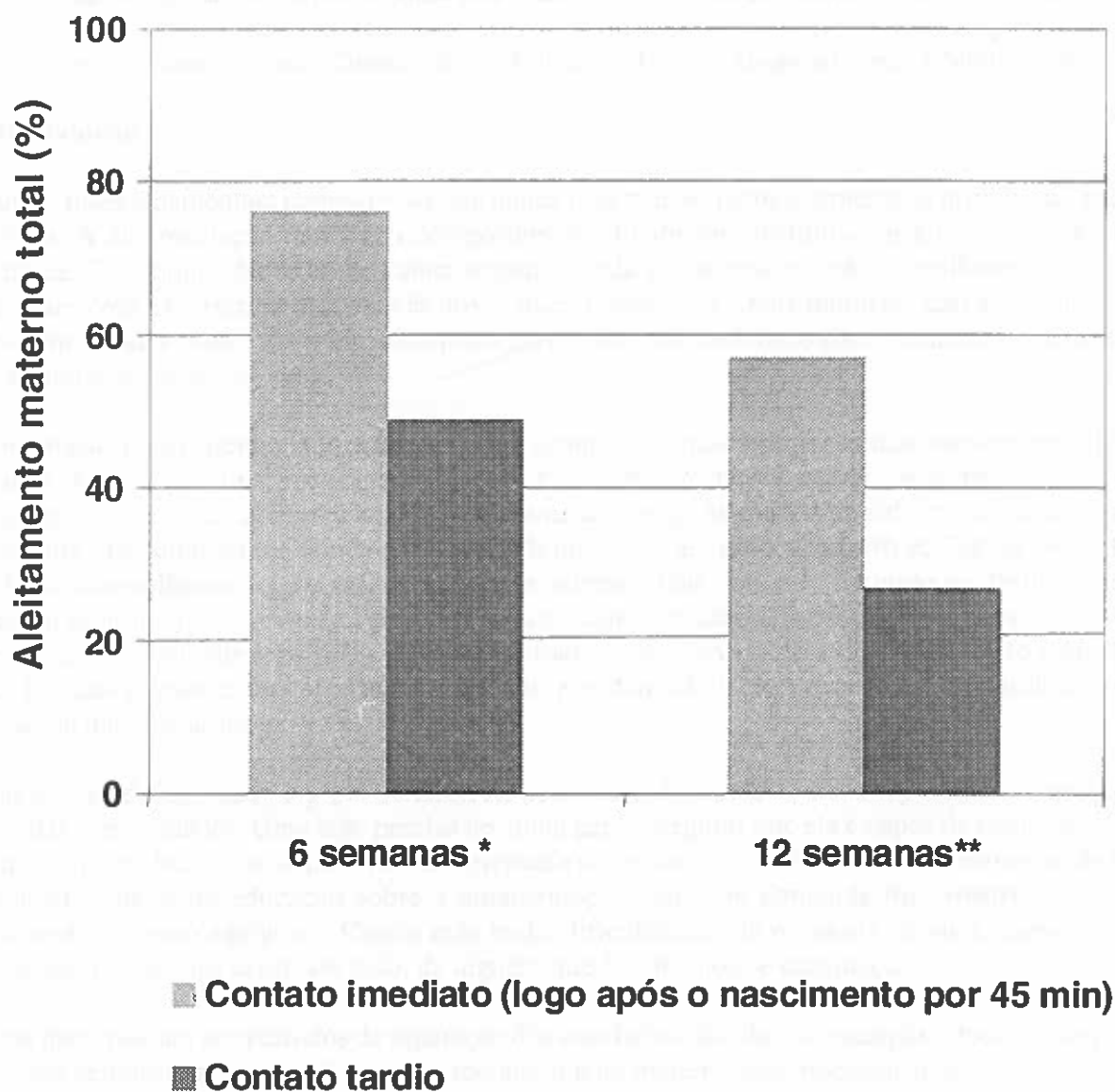
Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Controle/intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Widström 90 (Suécia)	Primíparas com gravidez sem complicação, parto vaginal, bebês saúdáveis, nascidos a termo	Contr: contato pele a pele imediate durante 45 minutos Interv: como acima + toque precoce da aréola ou sucção em até 30 min. após o parto	Contr.: 25 Interv: 32 n = 57	Tempo total dos recém-nascidos deixados no berçário: 1.212 min (580-2.070)	Recém-nascidos deitados 990 min. (370-1.350)**	O toque precoce da aréola da mãe pareceu influenciar positivamente a relação inicial mãe-bebê
Christensson 92 (Espanha)	Recém-nascidos saúdáveis, nascidos a termo, de parto vaginal	Contr: bebê no berço Interv: contato pele a pele iniciado 10 min após o parto com duração de 80 minutos	Contr.: 25 Interv: 25 n = 50	Temperatura axilar média aos 90 min 36,8° C** 41 episódios de choro observados em intervalos de 15 min. até 90 min.	Temperatura axilar média aos 90 min. 37,1° C** 4 episódios de choro aos 15 minutos até 90 minutos	Recém-nascidos com contato precoce apresentaram temperatura axilar mais alta e os bebês choraram com menos frequência que os recém-nascidos separados
Christensson 95 (Espanha)	Recém-nascidos saúdáveis, nascidos a termo, de gestações sem complicações e partos vaginais	Contr: bebê deixado no berço por 90 minutos Interv I: contato pele a pele iniciado 10 min. após o parto durante 80 min. Interv II: bebê deixado no berço por 45 minutos e depois com contato de pele por 45 min. Todos: recém-nascidos embrulhados depois do nascimento e colocados no abdômen da mãe por 30 seg.	Contr.: 10 Interv I: 12 Interv II: 11 n = 33	20% dos sujeitos do grupo de controle choraram > 840 seg. e < 1.200 seg. durante 90 min.	Interv I: 100% choraram < 420 seg., 80% choraram < 60 seg***. Interv II: 20% choraram > 540 seg. < 840 seg* (I versus II**)	Recém-nascidos choraram menos durante o contato pele a pele com as mães; pararam de chorar quando unidos novamente

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001

AM: Aleitamento Materno

Passo 4 - Contato Antecipado

Aleitamento materno total aos 6 e 12 semanas segundo o primeiro contato mãe-filho



Contato Imediato vs. Contato tardio: * $p < 0,02$; ** $p < 0,05$

Adaptado de: Ali Z & Lowry M (1981)

PASSO 5

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

A equipe de enfermagem deve oferecer maior assistência em relação ao aleitamento materno nas primeiras 6 horas após o parto, e deve ser demonstrado às mães como fazer a expressão do leite ou dar informações escritas sobre como ordenhar, e/ou conselhos sobre onde poderiam obter auxílio, caso necessitassem ... Mães cujos filhos estão sob cuidados especiais devem receber ajuda para iniciar e manter a lactação através da expressão freqüente do leite materno ... A equipe deve ensinar às mães como posicionar o bebês ao seio e a pega da aréola e além de técnicas para a expressão manual do leite (Critérios Globais da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, OMS/UNICEF, 1992).

5.2 Introdução

Algumas mães amamentam com sucesso sem ajuda, mas muitas, particularmente as primíparas, precisam de ajuda. A amamentação não é um comportamento totalmente instintivo, e a técnica necessita ser aprendida. Em comunidades onde a amamentação ainda é a norma, e onde as mulheres dão à luz em casa, mães com experiência mostram às novas mães o que fazer. Onde mulheres dão à luz em hospital, e em comunidades onde a assistência das mães experientes não está disponível prontamente, é necessário que a equipe de saúde as ajude.

A “orientação para o aleitamento materno” não é sempre descrita claramente, mas consiste em diferentes misturas de ajuda prática, mensagens educacionais sobre técnica e padrão de alimentação, e apoio psicológico. A assistência imprecisa e inconsistente da equipe de saúde tem sido reconhecida como um importante obstáculo ao aleitamento materno (Winikoff et al, 1986; Garforth & Garcia 1989; Rajan, 1993). O aconselhamento em amamentação geralmente não tem sido incluído no treinamento dos médicos, enfermeiros e parteiras, portanto faltam, com freqüência, a esses profissionais habilidades necessárias para ajudarem as mães. Os administradores do serviço de saúde podem não considerar a ajuda às mães a amamentar como uma prioridade, e podem não incluir essa atividade nas descrições de tarefas, ou não alocar tempo da equipe para tal.

Todavia, a ajuda logo após o parto mostrou ter benefícios duradouros, e deve, portanto, fazer parte da rotina das maternidades. Uma mãe precisa de ajuda para assegurar que ela é capaz de posicionar o bebê e conseguir uma boa pega no peito, de ser orientada sobre como interpretar o comportamento do bebê e responder a ele, e de educação sobre a amamentação sob livre demanda (ou irrestrita), e sobre o aleitamento materno exclusivo. Caso a mãe tenha dificuldades, ela necessita de ajuda capacitada para superá-las. Ela precisa acima de tudo, de alguém que lhe dê apoio e confiança.

Muitas mães passam por períodos de separação dos seus bebês devido por exemplo a doença, ou trabalho. É preciso demonstrar a todas elas como ordenhar o leite materno caso necessário, de forma que o bebê possa ser alimentado com o leite dado em copo, e a lactação mantida. A ordenha manual é mais prática – as bombas não devem ser enfatizadas, uma vez que as mães podem se tornar dependentes delas. A ordenha de rotina após as mamadas não é recomendada.

5.3 Demonstrando às mães como amamentar

Foram identificados oito estudos experimentais ou quasi-experimentais que examinam o efeito dos diferentes tipos de orientação para amamentação dada nas maternidades, isoladas ou em combinação com outras intervenções (de Chateau et al, 1977b; Hall, 1978; Jones & West, 1986; Bathija &

Anand, 1987; Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez, 1990; Altobelli et al, documento não publicado, 1991; Righard & Alade, 1992; Perez-Escamilla et al, 1992).

Os quatro estudos anteriores (de Chateau et al, 1977b; Hall, 1978; Jones & West, 1986; Bathija & Anand, 1987) avaliaram os efeitos combinados da informação fornecida no hospital e apoio após a alta. Em todos os quatro estudos, o aleitamento materno aumentou significativamente. Os dados não permitiram uma análise separada do apoio somente no hospital, apesar desta ter sido claramente uma intervenção chave.

Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez (1990) estudaram 375 mulheres da Nicarágua alocadas para receber orientação experimental sobre o aleitamento materno com o contato precoce ou alojamento conjunto, ou para receber orientação de rotina e permanecer separadas de seus bebês até a alta. O aleitamento materno total com 1 semana foi significativamente mais alto para os dois grupos de intervenção. A amamentação aos 4 meses foi significativamente mais alta apenas no grupo de orientação para o aleitamento materno e alojamento conjunto combinados (vide Tabela 7.1).

No Peru, Altobelli et al (documento não publicado, 1991) avaliaram o efeito de dez mensagens educacionais padronizadas com a intenção de reduzir o uso de líquidos (chás de ervas, água) em bebês de mulheres urbanas de baixa renda. Outros aspectos do estudo foram descritos no Passo 2. Os materiais educativos incluíam um álbum seriado usado no hospital, e um poster/calendário para ser levado para casa, ambos com as mesmas dez mensagens e imagens de acompanhamento. As mensagens foram desenvolvidas usando métodos de marketing social estabelecidos. Não foi fornecida nenhuma ajuda prática adicional para as técnicas de aleitamento materno.

Vinte e nove por cento (29%) de mães expostas a um ou ambos materiais educativos amamentavam exclusivamente com 4 semanas comparadas com apenas 11% das que não foram expostas ($p < 0,05$). Os autores concluíram que a exposição a um número limitado de mensagens educacionais especialmente elaboradas, é muito importante para a promoção do aleitamento materno exclusivo.

Righard & Alade (1992) estudaram o efeito da técnica de sucção em bebês no momento da alta com relação à duração do aleitamento materno. Aqueles bebês, cuja pega era precária ("sucção dos mamilos"), foram randomicamente distribuídos em dois grupos: um grupo cuja pega permaneceu não corrigida, e outro com a pega corrigida. A correção consistiu em uma instrução de 5 a 10 minutos dada por uma enfermeira. Um grupo com uma pega inicialmente correta foi também incluído. As mães foram acompanhadas pelo telefone com 2 semanas e 1, 2, 3 e 4 meses após o parto.

A incidência do aleitamento materno (exclusivo e parcial) com 1, 2, 3 e 4 meses foi significativamente mais alta entre os grupos que apresentavam a pega correta no momento da alta médica do que no grupo com a pega não corrigida ($p < 0,01$). E foi similar tanto no grupo corrigido quanto no espontaneamente correto. As dificuldades no aleitamento materno e a insuficiência de leite foram reportadas mais frequentemente no grupo não corrigido do que no grupo corrigido ou espontaneamente correto. Os autores concluíram que a identificação e correção da pega incorreta ajudam as mães no aleitamento materno.

Perez-Escamilla et al (1992) estudaram os efeitos do alojamento conjunto com ou sem orientação sobre aleitamento materno. As mulheres que tiveram seus partos em hospital com alojamento conjunto e uma norma "sem fórmula infantil" foram randomicamente alocadas a um grupo que recebeu orientação individual para o aleitamento materno ou a um grupo que recebeu cuidados de rotina. A orientação

consistiu em um aconselhamento prático feito por uma enfermeira do hospital treinada em manejo do aleitamento materno, em uma cartilha sobre amamentação e posters ilustrando técnicas de boa pega, bem como mensagens do tipo: “amamente com frequência durante a permanência no hospital”. A enfermeira tinha contato com a mãe por 15 minutos a cada 2 horas das 8:00h às 15:00h todos os dias até a alta médica (em média 1,6 dias após o parto). Até os 4 meses, em primíparas, a taxa de declínio no aleitamento materno total e parcial foi significativamente mais lenta no grupo que recebeu a orientação no aleitamento materno do que naquele que não recebeu. Dentre as multíparas, não foi encontrada diferença.

Gentileza e apoio, até mesmo sem auxílio técnico ou mensagens promocionais, podem fortalecer a auto-confiança da mãe e ter um efeito duradouro no aleitamento materno. Os cuidados hospitalares convencionais podem ter efeito contrário. Hofmeyr et al (1991), em uma experiência de controle randômico na África do Sul, avaliaram o efeito do apoio de um acompanhante durante o trabalho de parto sem complicações. Um grupo de mulheres nulíparas (n = 92) teve apoio durante o trabalho de parto de um acompanhante voluntário, que permaneceu continuamente, dentro do possível, usando o toque e a conversa para concentrar atenção primordialmente no conforto, na confiança e no elogio. Os acompanhantes vinham da mesma comunidade, permanecendo por várias horas e, na maioria dos casos, até o nascimento. O apoio emocional dado por eles pareceu ser verdadeiro. Eles não discutiram sobre o aleitamento materno nem ajudaram na primeira mamada. O grupo controle (n = 97) recebeu os mesmos cuidados clínicos, mas não o apoio.

Com 6 semanas, um maior número de mães que tiveram apoio, comparadas às que não tiveram, estava praticando o aleitamento materno total (51% versus 29% respectivamente, $p < 0,01$), elas tiveram menos dificuldades durante a amamentação (16% versus 63%, $p < 0,0001$), e os intervalos entre as mamadas foram mais flexíveis (81% versus 47%, $p < 0,0001$). Entre as mães que introduziram a mamadeira, 14% do grupo que recebeu apoio e 32% do grupo controle ($P < 0,01$) declararam que a razão principal para a sua introdução foi a insuficiência de leite.

Até mesmo uma breve intervenção individual imediatamente após o parto pode ser benéfica. Avoa & Fischer (1990) no Zaire estudaram o efeito de 1 ou 2 minutos de orientação individual em 304 multíparas e primíparas. A análise multivariada de regressão controlando para possíveis variáveis de confusão mostrou que os bebês cujas mães não receberam orientação perderam mais peso no hospital (expresso como um percentual do peso do nascimento) do que os bebês de mães que foram orientadas.

5.4 Ajudando mães que são separadas de seus bebês no hospital

Caso a mãe tenha se submetido a uma cesariana ou esteja doente, ou se o seu bebê estiver doente ou é de peso baixo ao nascer; o aleitamento materno é colocado em risco. O contato precoce pode não ser possível, o alojamento conjunto pode ser adiado, e suplementos podem ser dados durante o período de separação. Entretanto, com um bom manejo do aleitamento materno, efeitos adversos podem ser substancialmente superados.

Perez-Escamilla, Maulén-Radovan & Dewey (1996) analisaram dados coletados de 2.517 mulheres na Pesquisa Demográfica e de Saúde (PDS) Mexicana conduzida em 1987. Após análises multivariadas, a cesariana foi identificada como um fator de risco para a não iniciação do aleitamento materno (razão de chance [RC] odds ratio = 0,64, 95% intervalo de confiança [IC] = 0,50, 0,82) e para o aleitamento materno por menos de 1 mês (RC = 0,58, 95% IC = 0,37, 0,91). Na época da pesquisa, foram sugeridas como explicação as práticas hospitalares, por exemplo, a separação mãe/filho prolongada, a falta do

aconselhamento e o apoio qualificado ao aleitamento.

Victora et al (1990) sugeriram que as razões para fazer uma incisão cesariana podem ter um efeito na amamentação independente da intervenção cirúrgica em si. Em um estudo coorte de 4912 bebês brasileiros sobre tipos de parto, a incidência do aleitamento materno foi similar após a cesariana e os partos vaginais. Entretanto, a cesariana em função da morbidade materna ou infantil foi associada com uma duração significativamente menor do aleitamento materno que quando a operação foi "eletiva".

O efeito do parto cesáreo pode ser em parte devido às respostas endócrinas alteradas da mãe. Nissen et al (1996) estudaram os padrões de ocitocina, prolactina e cortisol em primíparas no segundo dia após a cesária de emergência (n = 17) ou parto vaginal (n = 20). As mães que se submeteram à cesariana não tiveram um aumento significativo no nível de prolactina, 20 a 30 minutos após terem iniciado a mamada, e existiu uma associação entre o tipo de parto e a idade do bebê na primeira mamada e o padrão de liberação de ocitocina. Estes achados sugerem que práticas que afetam as respostas endócrinas favoravelmente, tais como o contato com a criança, podem ser até mais importantes depois do parto cirúrgico do que depois do parto normal. O compromisso da equipe e o apoio ao aleitamento materno após a cesariana podem também ser fatores chave e podem ser mais importantes do que a hora exata da primeira mamada, como foi sugerido por dois estudos longitudinais (Janke, 1988; Kearney, Cronenwett & Reinhardt, 1990).

Com bebês de baixo peso ao nascer, têm sido mostrado que um número muito maior de mães podiam amamentar de maneira efetiva do que se acreditava anteriormente (Meier, 1994), alguns até mesmo tão cedo quanto após 32 a 34 semanas de gestação. Entranto, para muitos bebês, a alimentação completa ou parcial com leite materno ordenhado, é geralmente necessária no início. Quando isso acontece, a técnica adequada e a frequência de ordenha do leite são necessárias para alcançar a produção de leite adequada, e finalmente, estabelecer a amamentação.

De Carvalho et al (1985) reportaram que a expressão freqüente do leite materno (4 ou mais vezes por dia) estava associada com o aumento na produção de leite de mães com bebês prematuros que eram incapazes de mamar. Existem grandes variações intra e inter-individuais no volume de leite produzido a cada ordenha, o que faz com que uma relação precisa entre a frequência da ordenha e o total de volume diário seja difícil de se estabelecer (Hopkinson, Schanler & Garza, 1988). No entanto, a ordenha mais freqüente é geralmente considerada aconselhável para manter a produção. Da experiência clínica, Meier (1994) recomenda ordenha do leite materno de 8 a 12 vezes ao dia, especialmente durante a primeira semana.

É importante iniciar a ordenha do leite materno logo após o parto. Hopkinson, Schanler & Garza (1988) acompanharam 32 mães saudáveis que deram à luz entre 28 e 30 semanas de gestação. As mães iniciaram a ordenha entre os dias 2 e 6. O volume de leite com 2 semanas foi mais alto ($r = 0,48$, $p < 0,02$) quando a expressão iniciou-se mais cedo. Da experiência clínica, Meier (1994) recomenda iniciar a ordenha, se possível, no primeiro dia.

Um estudo retrospectivo na Suécia (Nyqvist & Ewald, 1997) comparou 148 bebês que foram separados de suas mães e admitidos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN)/ 55% dos quais nasceram por cesariana de emergência com 3.516 bebês que não foram admitidos na UTIN. A duração do aleitamento materno exclusivo e parcial foi similar nos dois grupos. A expressão precoce e freqüente do leite materno (pelo menos seis vezes ao dia) foi encorajada no grupo separado, sugerindo que o apoio pode ter ajudado a prevenir qualquer efeito da separação.

Dois estudos observacionais realizados por Lang, Lawrence & Orme (1994) indicaram que ensinar as mães como ordenhar seu leite e como alimentar com copinho seus bebês pode aumentar o sucesso posterior da amamentação de bebês prematuros e doentes. (A alimentação com copinho será discutida no Passo 9)

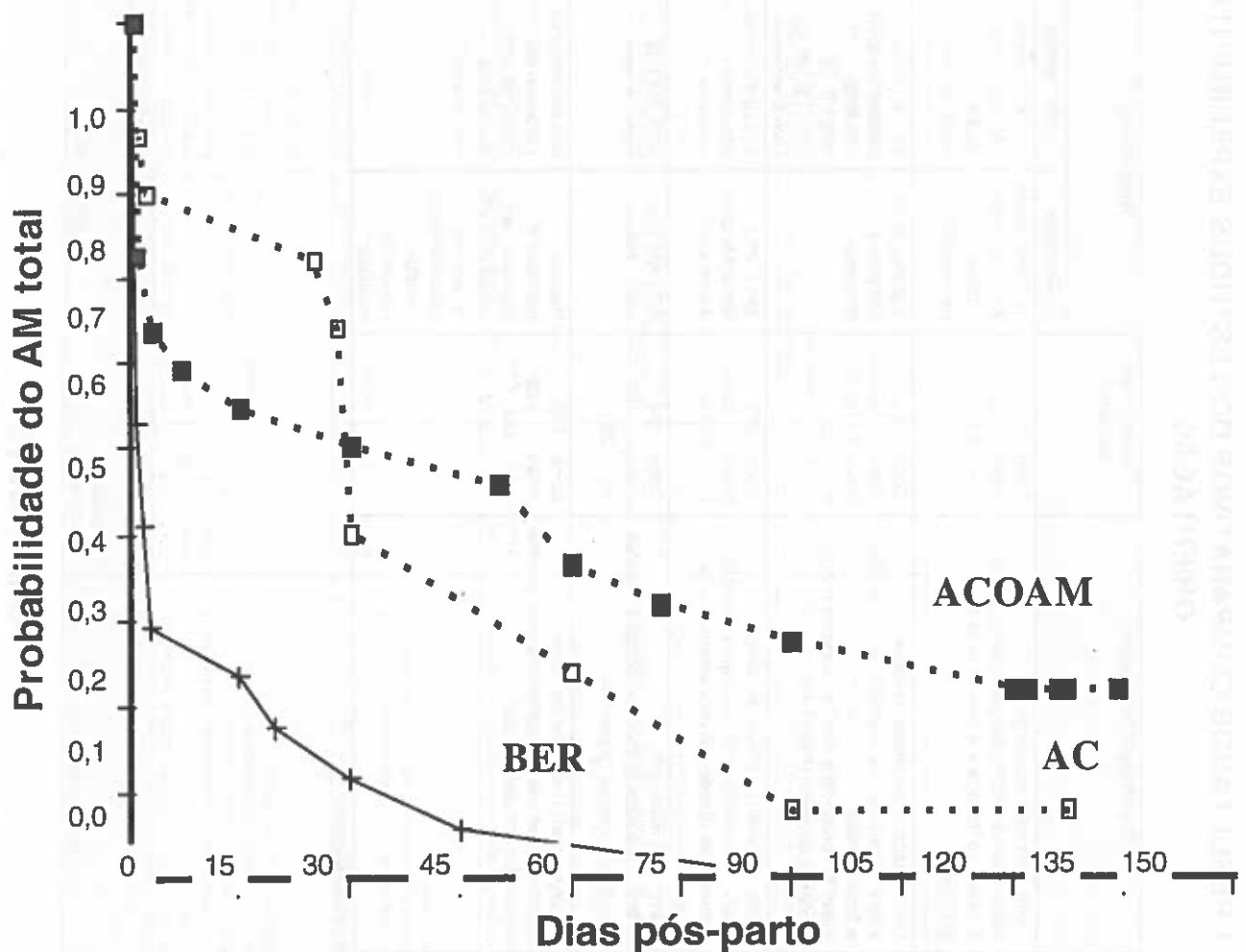
5.5 Conclusões

Embora mensagens educacionais cuidadosamente elaboradas possam ser benéficas (Altobelli et al, documento não publicado, 1991), esta pode não ser a forma mais eficiente de assistência. A ajuda prática individual com a técnica do aleitamento materno (Righard & Alade, 1992, Perez-Escamilla et al, 1992) e o apoio psicológico para desenvolver a auto confiança da mãe (Hofmeyr et al, 1991) pode ser tão ou mais eficaz no aumento da duração do aleitamento. Os mesmos princípios se aplicam quando mãe e bebê são separados. A ajuda apropriada dada durante o curto espaço de tempo de permanência na maternidade pode ter um efeito que dure até 4 meses.

Toda mãe precisa aprender como ordenhar o leite materno para alimentar o seu bebê e manter a lactação se houver separação. No caso de bebês com baixo peso ao nascer, a amamentação pode depender do apoio precoce e eficiente juntamente com a ordenha do leite.

Passo 5 – Orientação

Curvas de sobrevivência de aleitamento materno total não ajustadas de primíparas segundo local de procedência na maternidade



BER, berçário (n=17)

AC, alojamento conjunto (n=15)

ACOAM, alojamento conjunto com orientação sobre o aleitamento materno (n=22)

BER significativamente diferente do AC ($p < 0,05$) e ACOAM ($p < 0,05$)

Reedição de *Early human development*, 31, Perez-Escamilla et al, Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women, pp. 25-40, Copyright (1992), com permissão de Elsevier Science

Tabela 5.1 RESULTADOS COMPARATIVOS DOS ESTUDOS EXPERIMENTAIS ORIENTAÇÃO

Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Controle/Intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
De Chateau 77b (Suécia)	Primíparas com gestações e partos normais, bebês saudáveis, nascidos a termo	Contr: aconselhamento geral. Interv: palestra (65% dos pais participaram) + 3 visitas no hospital + 4 telefonemas em 2 semanas.	Contr.: 23 Interv.: 20 n = 43	16 (70%) ainda AM com 1 mês, dados recalculados	18 (90%) ainda AM com 1 mês, dados recalculados	Aumento não significativo no AM com 1 mês
Hall 78 (E.U.A.)	Mães casadas, classe média, e amamentando pela primeira vez	Contr: cuidado hospitalar de rotina Interv I: como acima + apresentação de slide e fita + panfleto. Interv II: como na Interv I + visitas no hospital + contato em casa (Passo 10)	Contr.: 12 Interv I: 13 Interv II: 15 n = 40	6 (50%) ainda AM com 6 semanas	Int I: 6 (50%) ainda AM com 6 semanas Interv II: 12 (80%) ainda AM com 6 semanas	Aumento não significativo no AM com 6 semanas quando o contato pessoal foi incluído
Jones 86 (R.U.)	Primíparas e multiparas com intenções de praticar o AM	Contr: cuidado hospitalar de rotina Interv: aconselhamento no hospital + visitas domiciliares (Passo 10) pela enfermeira de lactação	Contr.: 355 Interv.: 228 n = 583	256 (72%) ainda AM com 4 semanas**	191 (84%) ainda AM com 4 semanas **	Cuidados da enfermeira de lactação aumentaram todo tipo de AM com 4 semanas
Bathija 87 (Índia) [5, 7, 8]	Primíparas e multiparas educadas	Contr: sem motivação Interv: 1 pré-natal (82%) + no hospital + visitas pós-natal (7 visitas planejadas)	Contr.: 100 Interv.: 100 n = 200	40% AM total com 3 meses	96% AM total com 3 meses	Mães motivadas mais propensas a praticarem o AM total com 3 meses
Avoca 90 (Zaire) [8]	Primíparas e multiparas de diversas origens étnicas	Contr: cuidado hospitalar de rotina Interv: 1-2 min. de educação fornecida durante o período perinatal imediato	Contr.: 162 Interv.: 142 n = 304	Recém-nascidos perderam em média de 6,2% do peso de nascimento no hospital (regressão múltipla)***	Recém-nascidos perderam em média de 3,8% do peso de nascimento***	Orientação benéfica para o peso do recém-nascido no hospital

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. AM : Aleitamento Materno

Tabela 5.1 (Cont.). RESULTADOS COMPARATIVOS DOS ESTUDOS EXPERIMENTAIS ORIENTAÇÃO

Estudo (Localização Metodologia)	Características da População	Controle/intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Sirachan-Lindenberg 90 (Nicarágua) [8]	Primíparas urbanas pobres com partos normais	Contr: promoção do AM de rolina + separação completa Interv: mensagens padronizadas de promoção do AM + contatado precoce (Passo 4) Interv II: promoção padronizada do AM + alojamento conjunto (Passo 7)	Contr.: 123 Interv I: 136 Interv II: 116 n = 375	39 (32%) AM total com 1 semana** 63 (51%) ainda o AM com 4 meses	72 (53%) no Interv. I, 73 (63%) no Interv. AM total com 1 semana 68 (50%) no Interv. I, 71 (61%) no Interv. II ainda AM com 4 meses	Mensagens relacionadas a amamentação (combinadas com outras intervenções) foram benéficas na semana 1.
Altobelli 91 (Peru)	Primíparas e multiparas urbanas, pobres e saudáveis, hospital público com Passos 2, 6-9 parcialmente estabelecidos	Contr: sem exposição à mensagens sobre o AM exclusivo Interv: exposição a 10 mensagens sobre o AM exclusivo (palestra com álbum seriado e/ou poster/calendário)	Contr.: 55 Interv: 46 n = 101	16% AM exclusivo com 4 semanas*	33% AM exclusivo com 4 semanas*	Exposições a mensagens sobre o AM exclusivo foram benéficas com 4 semanas
Righard 92 (Suécia) [8]	Mães saudáveis praticando o AM exclusivo no momento da alta, recém-nascidos saudáveis, nascidos a termo	Contr: técnica falha não corrigida no momento da alta. Interv I: correção espontânea da técnica de sucção do AM Interv II: correção da técnica de sucção se houver falha no momento da alta	Contr.: 25 Interv I: 28 Interv II: 29 n = 82	16/25 (64%) ainda AM com 1 mês*** 10/25 (40%) ainda AM com 4 meses**	55/57 (96%) ainda AM com 1 mês*** 42/57 (74%) ainda AM com 4 meses**	Correção da técnica de sucção aumentou o AM exclusivo e parcial com 4 meses
Perez-Escamilla 92 (México)	Primíparas e multiparas urbanas, pobres e saudáveis com intenções de amamentar, bebês saudáveis, nascidos a termo	Contr: alojamento conjunto (AC) Intervenção: (OAMAC): orientação no AM (aconselhamento individual prático + cartilha + pósters) + alojamento conjunto	Contr.: 50 Interv: 53 n = 103	Primíparas: 3/18 (19%) ainda AM com 135 dias* Multiparas: 13/32 (41%) ainda AM com 135 dias	Primíparas: 11/24 (47%) ainda AM com 135 dias* Multiparas: 13/29 (44%) ainda AM com 135 dias	A orientação aumentou o AM nas primíparas com 135 dias
Holmeyer 91 (África do Sul) [8]	Mulheres multiparas educadas, urbanas de baixa renda com partos sem complicações, em um hospital comunitário familiar	Contr: cuidado de rolina no parto Interv: apoio de voluntário durante o trabalho de parto (na maioria dos casos após o nascimento), concentrando no conforto, confiança e elogio	Contr.: 75 Interv: 74 n = 149	22 (29%) AM total com 6 semanas** 24 (32%) usavam a mamadeira devido a insuficiência de leite**	38 (51%) AM total com 6 semanas** 10 (14%) usam a mamadeira devido a insuficiência de leite**	Apoio geral aumentou o AM total com 6 semanas

*p < 0,05; **p < 0,01; *** p < 0,001
AM: Aleitamento Materno

PASSO 6

6.1 “Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico”.

Para qualquer bebê amamentado ao seio que estiver recebendo outro tipo de bebida ou alimento além do leite materno devem existir razões clínicas aceitáveis. Nenhuma propaganda de alimentos infantis ou outros líquidos além do leite materno deve estar afixada na unidade de saúde ou ser distribuída a mães, funcionários ou à administração do estabelecimento. (Critérios Globais da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, OMS/UNICEF, 1992).

6.2 Introdução

É prática comum nas maternidades oferecer fórmula Infantil, soro glicosado, ou água á recém-nascidos, tanto antes da primeira mamada (alimentação pré-láctea) ou associada ao aleitamento materno (suplementos). Essa prática está associada ao desmame precoce. A água e o soro glicosado têm sido usados por diversas razões, incluindo para reduzir a icterícia ou prevenir a hipoglicemia do mesmo modo a fórmula infantil tem sido oferecida quando o bebê está agitado, sonolento, com dificuldades em pegar o peito, aparentemente com fome após a mamada, quando a mãe está doente ou querendo descansar, e outras vezes por razões não especificadas.

Em diversas comunidades, a alimentação pré-láctea, por exemplo, com chás de ervas, ghee (manteiga líquida recém produzida na Índia) ou banana, é dada como parte de rituais (Morse, Jehle & Gamble, 1992). As razões incluem a crença de que o colostro é prejudicial, que é necessário a limpeza do intestino da criança. A primeira mamada muitas vezes é retardada por várias horas ou dias, e o colostro desprezado (Davies-Adetugbo, 1997). Quando a alimentação pré-láctea é dada também nos estabelecimentos de saúde o início do aleitamento materno pode ser adiado.

A administração de alimentos ou suplementos pré-lácteos aumenta o risco de infecção no bebê. Caso sejam dados por mamadeira podem interferir na sucção (vide Passo 9). Dar suplementos reduz a frequência da amamentação, e conseqüentemente a estimulação das mamas e a quantidade de leite materno removido. Isso contribui, nos primeiros dias para o ingurgitamento e mais tarde para a diminuição da produção de leite.

Alguns hospitais dão às mães pacotes comerciais contendo amostras grátis de “substitutos do leite materno” e outros itens durante a gravidez, ou no momento da alta hospitalar. Esses pacotes podem conter mamadeiras, fórmula infantil já diluídas ou em pó, garrafas de água esterilizada, bicos plásticos, ou propaganda de fórmula infantil. Dar amostras grátis torna mais provável que as mães usem alimentos artificiais e esta prática não está de acordo com o Código Internacional de Comercialização de “Substitutos do Leite Materno”.

6.3 Efeito das refeições e suplementos pré-lácteos no aleitamento materno no hospital

Com relação ao efeito das refeições pré-lácteas (comparando-as aos suplementos) nos resultados do aleitamento materno, somente dois estudos foram identificados, e nenhum deles foi experimental. Em um estudo longitudinal em Israel, Leefsma & Habatsky (1980) descobriram que os bebês que receberam alimentação com fórmula pré-láctea uma ou mais vezes estavam menos propensos a serem amamentados de maneira total com 6 semanas. Uma maior quantidade de alimentos pré-lácteos foi associada à maior probabilidade do não-amamentar.

Perez-Escamilla et al (1996) analisaram de forma retrospectiva, a Pesquisa sobre Epidemiologia e Saúde da Família 1991/92 de Honduras, que incluiu 714 mulheres com bebês entre 0 a 6 meses de idade. O uso de água antes da amamentação foi negativamente associado ao aleitamento materno exclusivo (RC = 0,19, 95% IC 0,09-0,41). O uso de alimentos a base de leite antes da amamentação foi negativamente associado ao aleitamento materno exclusivo (RC = 0,19, 95% IC 0,08-0,43) ou qualquer tipo de aleitamento (RC = 0,21, 95% IC 0,09-0,48). Os alimentos a base de água antes da amamentação foram associados com a iniciação tardia (>24h) do aleitamento materno (p = 0,003). Os autores concluíram que esses resultados "sugerem fortemente que os alimentos pré-lácteos são um fator de risco para o desmame precoce".

Com referência ao uso de suplementos no hospital, quatro estudos experimentais foram identificados. Um dos primeiros e mais influentes foi o estudo quasi-experimental realizado por de Chateau et al (1977b) na Suécia. Os bebês do grupo controle (n = 119) passaram por um teste de pesagem (antes e depois de cada mamada) e lhes foi dado suplementos de fórmula infantil de rotina. Um primeiro grupo intervenção (n = 203) foi estudado imediatamente após as mudanças serem estabelecidas. Os bebês não receberam fórmula infantil e não passaram pelo teste de pesagem. Mais mães no grupo controle pararam de amamentar duas semanas após o parto (45% versus 20%). Um segundo grupo intervenção (n = 68) foi estudado um ano depois das novas rotinas estarem bem estabelecidas e a equipe tê-las aceitado. A duração média de amamentação foi significativamente maior do que do grupo controle (95 dias versus 42 dias, p < 0,0005). Nesse segundo grupo intervenção, devido ao aumento de interesse da equipe e conhecimento das técnicas de amamentação, as mães também receberam mais orientação e segurança do que as do primeiro grupo.

Um ensaio quasi-experimental foi conduzido por Gray-Donald et al (1985) em Montreal, Canadá, observando o efeito da limitação dos suplementos de fórmula infantil na duração do aleitamento materno. As enfermeiras em um dos dois berçários foram informadas sobre a nova norma de restrição dos suplementos. Duas semanas depois as mães foram designadas, tendo como base a disponibilidade do espaço de leitos para o berçário de intervenção ou para o outro berçário do grupo controle. No berçário intervenção, as mães foram acordadas às 2:00h da manhã para amamentar seus bebês. Os suplementos de fórmula infantil foram dados com indicações especiais, como por exemplo nas primeiras 24 horas após a cesariana, a 37% dos bebês. No berçário controle, os suplementos de fórmula infantil foram usados a critério das enfermeiras, e dados a 85% dos bebês. A soro glicosado foi usado de maneira semelhante em ambos os berçários: 45 ml por bebê por dia. Com 4 e 9 semanas após o parto, a porcentagem de mães amamentando e dando suplementos de fórmula infantil uma vez ou menos por dia foi similar nos dois grupos (71% versus 68% e 55% versus 54%, respectivamente). Os autores concluíram que a necessidade de suplementação pode ser um marco de problemas iniciais com a amamentação, mas não puderam afirmar que o fornecimento de suplementos causou a descontinuação do aleitamento materno.

Nylander et al (1991) conduziram um estudo pré e pós-intervenção sobre os efeitos da amamentação precoce e mais freqüente, e da eliminação dos suplementos de rotina em uma maternidade na Noruega. No grupo pós-intervenção, 12% receberam fórmula infantil e 2% receberam água, comparados com 81% e 100% respectivamente do grupo controle pré-intervenção. Um ano depois, os dados foram coletados por meio de centros de saúde locais. Cinquenta e dois por cento (52%) do grupo intervenção e 62% do grupo controle foram acompanhados - perdas devidas principalmente à mudança de endereço ou extravio de registros. A duração média do aleitamento total foi de 4,5 (\pm 1,8) meses no grupo intervenção e 3,5 (\pm 2,1) meses no grupo controle (p < 0,001).

Martin-Calama et al (1997) em um estudo randomicamente controlado compararam um grupo intervenção de bebês recebendo somente leite materno nos 3 primeiros dias de vida (n = 87) com um grupo controle que recebeu soro glicosado *ad libitum* na mamadeira durante o mesmo período (n = 83). As mães foram entrevistadas por telefone 5 meses após o parto. As que foram perdidas no acompanhamento não se diferenciaram das mães que foram acompanhadas; os bebês no grupo intervenção que receberam soro glicosado apenas uma vez permaneceram no grupo para análise (J. Martin-Calama, comunicação pessoal, 1998). O grupo intervenção foi significativamente menos propenso a ser alimentado com fórmula infantil com 4 semanas de idade do que o grupo controle (34% versus 18% respectivamente, $p < 0,05$). Com 20 semanas de idade, o grupo intervenção estava mais propenso a continuar o aleitamento materno (57% versus 41% respectivamente, $p < 0,01$). Os principais possíveis fatores de confusão foram controlados, exceto a educação materna (J. Martin-Calama, comunicação pessoal, 1998).

Evidência de apoio para uma associação entre o uso de suplementos e a interrupção precoce da amamentação é dada por três estudos prospectivos. Kurinij et al nos E.U.A. (1984) descobriram que bebês que receberam água no hospital estavam significativamente mais propensos a parar de mamar ao peito com 4 meses do que aqueles que não receberam água.

Num estudo prospectivo observacional de 166 pares de mães-filhos conduzido por Feinstein et al (1986) em Chicago, o uso de mais de uma mamadeira de fórmula infantil por dia no hospital foi associado à diminuição no aleitamento materno com 4, 10 e 16 semanas.

Blomquist et al (1994) estudaram a rotina alimentar de 521 recém-nascidos em uma maternidade na Suécia e seus subseqüentes padrões alimentares. No momento da alta, 69% de recém-nascidos tinham sido amamentados de forma exclusiva e 31% tinham recebido uma ou mais mamadeiras de leite materno ordenhado ou fórmula infantil. Com três meses, 80% ainda estavam sendo amamentados de modo total ou parcial. Após análise com regressão logística múltipla, o risco relativo ajustado (razão de chance/RC) de não serem amamentados com 3 meses foi de 3,9 (95% IC 2,1-7,2) quando suplementos foram usados no hospital. Na análise bivariada, descobriu-se uma forte interação entre o uso de suplementos no hospital e a perda de peso inicial de 10% ou mais do peso do nascimento. O risco de interrupção da amamentação com 3 meses foi quase 7 vezes maior com ambos os fatores do que sem nenhum deles.

No entanto, entre os bebês que receberam suplementos por indicações médicas específicas devidas à diabetes melitus materna ou diabetes gestacional, a duração do aleitamento materno foi semelhante ao grupo que não recebeu suplemento. Além disso, o uso de suplementos no hospital foi associado com uma perda de peso inicial de 10% ou mais. A explicação dos autores para essa diferença é que “o fornecimento de suplementos a um recém-nascido por razões estritamente “médicas” não prejudica a interação mãe-filho e a auto-confiança materna, como ocorre quando os suplementos são dados devido a “quantidades insuficientes” de leite ou inquietação do bebê”. Esse argumento é sustentado pela interação observada entre o uso de suplementos no hospital e uma perda de peso inicial de 10% ou mais. Nesse caso, a mãe está mais propensa a receber uma mensagem direta de “insuficiência” que pode ser difícil de superar.

6.4 Efeito de suplementos no aleitamento materno após a alta médica

O uso de suplementos em um estágio precoce logo após a alta médica também foi estudado de modo prospectivo. Martines, Ashworth & Kirkwood (1989) encontraram no Brasil que o risco relativo de parar com o aleitamento materno com 1 mês era 3,7 vezes mais alto quando a fórmula infantil era usada com 1 semana, do que quando os bebês não recebiam fórmula infantil.

Perez-Escamilla et al (1993) estudaram 165 mulheres no México. Após controlar a intensão da duração planejada do aleitamento materno, descobriram que mulheres que praticavam o aleitamento total com 1 semana estavam mais propensas de continuar por 2 meses (RC: 4,6, IC 1,3-15,8) e 4 meses (RC: 4,1, IC 1,7-10,0) do que as mulheres que praticavam somente o aleitamento parcial. Isso sugere que a introdução de suplementos na primeira semana é um fator de risco para o término precoce da amamentação, independente das intenções maternas.

6.5 Outros resultados

Os suplementos aumentam o risco de diarreia e outras infecções, tais como a meningite e a septicemia neonatal, em situações onde a higiene é precária (Victoria et al, 1987; de Zoysa, Rea & Martines, 1991; Ashraf et al, 1991) e também em condições de melhor higiene (Howie et al, 1990).

HØst (1991) descobriu, em um estudo coorte de 1.749 recém-nascidos, que até mesmo algumas poucas alimentações pré-lácteas podem resultar no desenvolvimento de intolerância ou alergia ao leite de vaca, que se torna sintomática mais tarde na infância.

Os suplementos não se mostraram efetivos em algumas situações para as quais são defendidos. Os estudos falharam em apoiar a crença comum de que suplementação com água ou soro glicosado reduz a hiperbilirrubinemia de recém-nascidos a termo e amamentados (Verronen et al, 1980; de Carvalho, Hall & Harvey, 1981; Nicoll, Ginsburg & Tripp, 1982; Nylander et al, 1991).

O uso de soro glicosado para evitar a hipoglicemia não é indicado para bebês saudáveis nascidos a termo que são amamentados sob livre demanda, mesmo que os intervalos entre as mamadas sejam longas (Williams, 1997). Na revisão de um quadro conduzida por Glover & Sandilands (1990) descobriu-se que recém-nascidos que receberam soro glicosado no hospital perderam mais peso ($p < 0,03$) e permaneceram no hospital por mais tempo ($p < 0,009$) do que recém-nascidos que não receberam o soro glicosado. Martin-Calama et al (1997) encontraram, em um estudo randomizado, que bebês não apresentaram sintomas hipoglicêmicos durante as primeiras 48 horas de vida, quer tivessem recebido soro glicosado ou não. Durante as primeiras 48 horas, foi perdido mais peso no grupo que não recebeu soro glicosado, o que foi significativo do ponto de vista estatístico mas não clínico (ex. 5,9 % versus 4,9% com 48 horas, $p < 0,001$). Com 72 horas, não foi encontrada diferença na perda de peso entre os 2 grupos (4,2% versus 4,3%).

6.6 Efeito das amostras comerciais de “substitutos do leite materno” na amamentação

Um estudo longitudinal no México (Margen et al, 1991) relatou uma associação significativa entre a distribuição das amostras de fórmula infantil e o seu uso. Quando entrevistadas, 2 semanas após a alta, 50% das mães relataram receber amostras grátis de fórmula infantil no momento da alta, independente de sua decisão em amamentar ou não. Esses números não incluíram mães provenientes de estabelecimentos do seguro social que receberam prescrição médica para fórmulas infantis grátis no momento da alta. Essas mães estavam mais propensas a usar a fórmula com 2 semanas após o parto do que as que não receberam as amostras ($p < 0,05$), sem considerar as intenções de alimentação da criança no momento da admissão. Entre as mães que inicialmente planejavam usar a fórmula infantil, 100% a utilizariam caso tivessem recebido amostras grátis, e somente 50% caso não tivessem recebido amostras. Entre as mães que inicialmente não planejavam utilizar a fórmula infantil, 75% a utilizariam caso tivessem recebido amostras grátis, e 62% caso não as tivessem recebido. A diferença permaneceu significativa após o controle da idade materna, nível de escolaridade, e planos de retorno ao trabalho.

Perez-Escamilla et al (1994) realizaram uma metanálise de seis estudos experimentais (Bergevin, Dougherty & Kramer, 1983; Guthrie et al, 1985; Evans, Lyons & Killien, 1986; Feinstein et al, 1986; Frank et al, 1987; Dungy et al, 1992). Os estudos compararam grupos que receberam pacotes comerciais no momento da alta, que incluíam amostras de “substitutos de leite materno” com dois outros grupos: um cujas mães não receberam a fórmula infantil, mas receberam panfletos educativos, absorventes (protetor para seios) creme para os seios, ordenhadeiras, mamadeiras com água e materiais não especificados e outro grupo que nada recebeu. Cinco estudos foram realizados em países industrializados, e um nas Filipinas. O aleitamento materno total com 1 mês e qualquer tipo de amamentação com 4 meses foram significativamente menores nos grupos que receberam as amostras de fórmula infantil. Perez-Escamilla concluiu que os pacotes comerciais distribuídos no momento da alta que incluem amostras de “substitutos do leite materno” afetam adversamente o aleitamento materno, especialmente entre os grupos de risco como as primíparas e mulheres de baixa renda nos países em desenvolvimento.

Dois estudos experimentais mais recentes de Bliss et al (1997) e Dungy et al (1997) não confirmam claramente essas conclusões, mas precisam ser interpretados com cuidado uma vez que apresentam limitações metodológicas. Bliss et al observaram três grupos de mães alocadas randomicamente de acordo com a idade em semanas do recém-nascido, que receberam os pacotes distribuídos no momento da alta, com fórmula infantil e/ou ordenhadeira, e um grupo controle que não recebeu nada. A duração geral de qualquer tipo de amamentação foi similar em todos os grupos. Entretanto, as variáveis de confusão não foram controladas e a maneira como a gestante planejava alimentar seu bebê no pré-natal diferia entre os grupos ($p < 0,05$). Em uma subamostra de mães que planejavam amamentar por 6 meses ou mais, a prática do aleitamento total com 6 semanas era mais provável ($p < 0,05$) para aquelas que receberam a ordenhadeira (78%) ou somente panfletos (72%) do que para aquelas que receberam somente a fórmula infantil ou a fórmula e uma ordenhadeira (64% cada). Em uma outra subamostra de mães ($n = 1.351$) que não retornaram à escola ou ao trabalho fora de casa em 6 semanas, o aleitamento materno total com 6 semanas era também mais provável para aquelas que receberam somente uma ordenhadeira ou panfletos e não receberam amostra de fórmula infantil.

Dungy et al (1997) observaram 725 mulheres alocadas randomicamente para receber um pacote contendo fórmula infantil e/ou ordenhadeira no momento da alta. Não existia grupo controle que não recebia nada. As taxas do aleitamento materno total e parcial foram similares em todos os grupos durante o período de 16 semanas de acompanhamento. Entretanto, o tipo de amamentação antes da distribuição dos pacotes entregues no momento da alta não foi mencionado, e as mães perdidas durante o acompanhamento após a alta ($n = 38$) tendiam a ser menos instruídas, solteiras, de nível socioeconômico mais baixo e membros de grupos minoritários, sendo assim os resultados podem não ser válidos para esses sub-grupos de alto risco.

O autores reconhecem que “a promoção comercial direta dos produtos de fórmula infantil para os consumidores e a distribuição das amostras de fórmula infantil para mulheres grávidas” está aumentando. Essas práticas de promoção comercial não foram controladas como fatores de confusão potenciais. O efeito da doação de ordenhadeiras não é necessariamente útil para a amamentação, especialmente se o uso da mamadeira estiver incluído, o que não está claro nesse estudo. A falta de um grupo controle que não recebia nada é, desta maneira, uma limitação importante.

6.7 Impacto e custo-benefício da limitação da fórmula infantil em maternidades

Um estudo em três países, Brasil, Honduras e México (Horton et al, 1996; TG Sanghvi, documento não publicado, 1996) comparou 3 hospitais com programas bem desenvolvidos e 3 hospitais controle nas

mesmas cidades servindo populações semelhantes. As mães foram entrevistadas no momento da alta (n = 200-400) e acompanhadas com um mês e novamente com 2 (Honduras), 3 (Brasil) ou 4 meses (México) para comparar as proporções no aleitamento materno exclusivo, parcial e a não amamentação como uma medida do impacto do programa nas práticas de aleitamento materno. No Brasil e em Honduras os hospitais envolvidos no programa tiveram taxas significativamente mais altas de aleitamento materno exclusivo; no México o hospital envolvido no programa teve uma taxa mais alta de todos os tipos de aleitamento materno.

Os dados sobre o impacto da amamentação foram então replicados para unidades de saúde não especializadas para a redução da porcentagem na mortalidade causada pela diarreia, infecção respiratória aguda (IRA) e morbidade causada pela diarreia. Os Anos de Vida Ajustados para Deficiência (AVAD) foram calculados tendo como base a estimativa de morte por IRA e diarreia.

Os custos das atividades de promoção do aleitamento materno, principalmente os custos da manutenção do programa foram calculados e os custos de incremento (por ex: a diferença em custos de atividades entre os hospitais controle e os do programa) foram obtidos. Esses custos foram combinados (separadamente) com a mortalidade, morbidade e os impactos de AVAD para obter um conjunto de medidas de custo-benefício. Foi encontrado que a restrição de fórmula infantil, de soro glicosado e das medicações durante o parto (drogas ocitócicas), podem ter um custo-benefício alto para prevenir a incidência e mortalidade por diarreia e aumentar o AVAD.

Ao investir de US\$ 0,30 a US\$ 0,40 por parto anualmente em um hospital onde a alimentação com fórmula infantil; e ocitócitos ainda eram usadas, os casos de diarreia poderiam ser evitados por US\$ 0,65 a US\$ 1,10 por caso. Similarmente, as mortes por diarreia podem ser evitadas a um custo de US\$ 100 a US\$ 200 por morte, e se pode ganhar AVAD na razão de US\$2 a US\$ 4 por ano de vida.

6.8 Conclusões

Existem várias dificuldades na obtenção de evidências satisfatórias sobre o efeito de alimentação suplementares no sucesso da lactação:

- 1) É difícil alocar pares mãe-filho randomicamente para um grupo que "receba suplemento" ou outro não suplementado, e controlar a decisão da mãe sobre aleitamento materno exclusivo ou não.
- 2) Alguns estudos anteriores não consideraram a água (tanto pura como glicosada) como um líquido extra, considerando somente a fórmula infantil como tal; os resultados são, portanto, apenas parcialmente aplicáveis (Gray-Donald et al, 1985; de Chateau et al, 1977b)
- 3) A maioria dos estudos não diferencia *o que é dado de como é dado* - por mamadeira, copo ou colher (vide Passo 9).
- 4) Às vezes é difícil mudar as práticas de maneira consistente. As atitudes da equipe podem não mudar imediatamente após as novas rotinas terem sido estabelecidas (de Chateau et al, 1977b) apesar do treinamento; assim os grupos que "não recebem suplementos" geralmente incluem uma proporção de bebês que recebem suplementos.
- 5) A maioria dos estudos analisou conjuntamente suplementos dados com e sem indicações médicas; mas, como Blomquist (1994) mostra, o efeito dos suplementos pode ser diferente quando oferecidos por razões diversas. Considerar os dois grupos conjuntamente pode introduzir um viés.

Apesar dessas limitações, fica evidente que o uso de suplementos sem uma indicação médica está associado com o desmame precoce. Não está claro até onde o uso de suplementos é causal, interferindo no comportamento alimentar dos bebês, ou diminuindo a auto confiança das mães; e até onde é um

marcador das mães com dificuldades em amamentar ou da equipe com capacidades de apoio insuficientes ao aleitamento materno. De qualquer modo, deve ser concluído que as mães precisam de ajuda capacitada para o aleitamento materno, para evitar ou superar as dificuldades, de forma que as alimentações e suplementos pré-lácteos não sejam oferecidos a não ser que exista uma indicação médica aceitável. Restringir o uso dessas alimentações é uma das intervenções de saúde de maior custo-eficácia identificadas. Não há justificativa para dar às mães amostras grátis de “substitutos do leite materno”, antes ou após o parto.

* AVAD é um indicador promovido pelo Banco Mundial para a comparação de intervenções de saúde. Combina em um único valor o número de anos perdidos por morte prematura e o número de anos vividos com uma deficiência para um certo grupo de causas.

Intervenção	AVAD	IC95% inferior	IC95% superior
1. Restrição do uso de substitutos do leite materno	1.0	0.8	1.2
2. Apoio ao aleitamento materno	1.0	0.8	1.2
3. Educação das mães	1.0	0.8	1.2
4. Apoio psicológico	1.0	0.8	1.2
5. Apoio técnico	1.0	0.8	1.2
6. Apoio financeiro	1.0	0.8	1.2
7. Apoio legal	1.0	0.8	1.2
8. Apoio social	1.0	0.8	1.2
9. Apoio comunitário	1.0	0.8	1.2
10. Apoio profissional	1.0	0.8	1.2
11. Apoio multidisciplinar	1.0	0.8	1.2
12. Apoio interdisciplinar	1.0	0.8	1.2
13. Apoio transdisciplinar	1.0	0.8	1.2
14. Apoio multidisciplinar e interdisciplinar	1.0	0.8	1.2
15. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar	1.0	0.8	1.2
16. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar e comunitário	1.0	0.8	1.2
17. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, comunitário e profissional	1.0	0.8	1.2
18. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, comunitário, profissional e legal	1.0	0.8	1.2
19. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, comunitário, profissional, legal e social	1.0	0.8	1.2
20. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, comunitário, profissional, legal, social e financeiro	1.0	0.8	1.2
21. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, comunitário, profissional, legal, social, financeiro e técnico	1.0	0.8	1.2
22. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, comunitário, profissional, legal, social, financeiro, técnico e educacional	1.0	0.8	1.2
23. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, comunitário, profissional, legal, social, financeiro, técnico, educacional e psicológico	1.0	0.8	1.2
24. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, comunitário, profissional, legal, social, financeiro, técnico, educacional, psicológico e de saúde pública	1.0	0.8	1.2
25. Apoio multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, comunitário, profissional, legal, social, financeiro, técnico, educacional, psicológico e de saúde pública e ambiental	1.0	0.8	1.2

Tabela 6.1 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS SUPLEMENTAÇÃO NO HOSPITAL

Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Controle/intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
de Chateau 77b (Suécia)	Primíparas e multiparas urbanas, recém-nascidos saudáveis	Contr: rotinas de pré-intervenção Interv: sem pesagem antes e depois das refeições, sem suplementos alimentares. Estudado um ano após as mudanças terem iniciado.	Contr.: 119 Interv.: 68 n = 187	42 dias em média de duração de qualquer AM (teste médio) ***	95 dias de duração em média (qualquer amamentação) ***	Duração mais longa do AM quando teste de pesagem e os suplementos alimentares pararam
Gray-Donald 85 (Canadá)	Berçários com bebês saudáveis, população socioeconômica e culturalmente diversa. Bebês saudáveis nascidos a termo	Contr: alimentação a cada 4 horas, fórmula infantil após o AM a critério da equipe de enfermagem Interv.: treinamento da equipe de enfermagem sobre normas do uso restrito da fórmula infantil. Ambos: soro glicosado sem restrição. Estudado 2 semanas após o treinamento	Contr.: 393 Interv.: 388 n = 781	59 (15%) não receberam fórmula infantil no hospital*** 278 (71%) AM total com 4 semanas 215 (55%) AM total com 9 semanas	244 (63%) não receberam fórmula infantil no hospital*** 263 (68%) AM total com 4 semanas 210 (54%) AM total com 9 semanas	Uso da fórmula infantil mas sem redução do soro glicosado. AM total sem mudança com 4 e 9 semanas
Nyländer 91 (Noruega) [4, 6, 8]	Bebês saudáveis nascidos a termo, peso no nascimento 2.500- 4.500 g	Contr: cuidado de rotina pré-intervenção Interv.: treinamento da equipe para evitar rotina da fórmula infantil e soro glicosado + contato precoce (Passo 4) + alimentação sob livre demanda (Passo 8).	Acompanha mento Contr.: 106 Interv.: 126 n = 232	Duração média do AM total: 3,5 ± 2,1 meses *** 13 (12%) AM total com 6 meses**; 50 (47%) ainda AM com 9 meses**	Duração média do AM total: 4,5 ± 1,8 meses*** 28 (22%) AM total com 6 meses**; 78 (62%) AM total com 9 meses**	Duração média do AM total aumentou de 3,5 para 4,5 meses quando cessaram os suplementos (+ Passos 4 e 8)
Martín-Calama 97 (Espanha) [2,]	Mães saudáveis com intenções de amamentar ≥ 3 meses, com bebês saudáveis nascidos a termo sem indicações médicas para receber soro glicosado	Contr: soro glicosado <i>ad libitum</i> com mãe, após as mamadas, durante os 3 primeiros dias. Interv: AM exclusivo durante os 3 primeiros dias	Contr.: 83 Interv.: 87 n = 170	Com 4 semanas 33% ^b introduziram a fórmula infantil Com 16 semanas 36 (43%) ainda AM*	Com 4 semanas, 18% ^b introduziram a fórmula infantil Com 16 semanas, 58 (67%) ainda AM*	Bebês que receberam soro glicosado no hospital estavam menos propensos a continuar com o AM com 16 semanas

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

^a: Perdidas: analisadas separadamente

^b: Dados recalculados

AM: Aleitamento Materno

Tabela 6.2 SUPLEMENTAÇÃO NO HOSPITAL: HIPERBILIRRUBINEMIA

Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Controle/intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Verronen 80 (Finlândia) [6]	Recém-nascidos saudáveis sem risco de hipoglicemia	Contr (pré-interv.): sem alojamento conjunto, alimentação planejada, suplementos. Interv: alojamento conjunto + AM sob livre demanda + evitar o uso da fórmula infantil	Contr.: 574 Interv.: 551 n = 1.125	33% tiveram níveis totais de bilirrubina > 205 $\mu\text{mol/L}$	32% tiveram níveis totais de bilirrubina > 205 $\mu\text{mol/L}$ **	Mudança na rotina da alimentação não aumentou o risco de hiperbilirrubinemia
De Carvalho 81 (Inglaterra)	Bebês saudáveis nascidos a termo, amamentados e com icterícia fisiológica	Contr.: água <i>ad libitum</i> após cada mamada Interv.: amamentação exclusiva (i.e.: sem água ou outros líquidos)	Contr.: 120 Interv.: 55 n = 175	Pico médio de 260 μmol de bilirrubina no hospital	Pico médio de 264 μmol de bilirrubina no hospital	Suplemento de água não reduziu bilirrubina sérica
Nicolli 82 (Inglaterra)	Bebês nascidos a termo amamentados com peso entre o 10 ^o -90 ^o percentil	Contr. I: suplementos com água Contr II: suplementos com soro glicosado Interv.: sem água ou sem suplementos com soro glicosado	Contr. I: 15 Contr. II: 17 Interv.: 17 n = 49	Bilirrubina média do plasma no 6 ^o dia: Contr I: 93,5 \pm 13,8 $\mu\text{mol/l}$ Contr II: 80,8 \pm 8,8 $\mu\text{mol/l}$	Bilirrubina média do plasma no 6 ^o dia foi de 67,7 \pm 6,7 $\mu\text{mol/L}$	Suplementação com água ou soro glicosado não reduziu a hiperbilirrubinemia

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

AM: Aleitamento Materno

6.3 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS LONGITUDINAIS USO DE SUPLEMENTOS

Estado	Características da População	Tamanho da Amostra	Exposição	Resultados		Análise Estatística	Conclusão
				Expostos	Não Expostos		
Kurinj 84 (E.U.A)	Primíparas urbanas amamentando, RN único normal > 2.000g. Acompanhamento por 6 ou 7 meses.	109	Uso de água no hospital Fórmula infantil usada regularmente a partir da alta até 1 mês	23/40 (58%) ^a AM > 4 meses 8/28 (29%) ^a AM > 4 meses RC=3.9 (95% IC:2.3-6.5)	51/69 (74%) ^a AM > 4 meses 66/81 (81%) ^a AM > 4 meses	Análise univariada: NS Regressão logística múltipla [*] Análise univariada ^{**} Análise multivariada: Regressão logística múltipla ^{***}	Uso de água no hospital associado com o AM mais curto Risco de descontinuação do AM por 4 meses associado com o uso de fórmula infantil durante o primeiro mês
Blomquist 94 (Suécia)	Recém-nascidos saudáveis prematuros e a termo. Acompanhados por 4 meses	521	Uso de fórmula infantil no hospital ou leite de doadores	102/156 (65%) ainda AM com 3 meses RC=3.51 (95% IC:2.26-5.47) RC ajustado=3.9 (95% IC:2.1-7.2)	292/336 (87%) ainda AM com 3 meses.	Análise univariada: RC = 3,51 Regressão logística múltipla:	Uso de fórmula infantil ou de leite doado aumentou o risco da descontinuação do AM
Martines 89 (Brasil)	Bebês isolados saudáveis com peso do nascimento > 1.500g, de famílias urbanas de baixa renda, acompanhados por 6 meses	538	Uso de fórmula infantil com 1 semana Uso de fórmula infantil com 3 meses	RR de parada do AM com 1 mês: 3,7 (95% IC=1.04-13.15) RR de parada do AM com 6 meses: 3,85 (95% IC:2.34-6.32)	RR = 1,00 RR = 1,00	*Regressão logística ***Regressão logística	Uso de fórmula infantil com 1 semana e 3 meses aumentou o risco de parada do AM

AM: Aleitamento Materno

^a: Dados recalculados
RR: Risco Relativo

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.
RC: Razão de Chance

Tabela 6.4 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS AMOSTRAS COMERCIAIS POR OCASIÃO DA ALTA – METANÁLISE

Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Amostras Comerciais na Alta (ACA)/ Sem Amostras Comerciais na Alta (ANCA)	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				ACA	SACA	
Bergvin 83 (Canadá)	Primíparas e multíparas caucasianas urbanas e escolarizadas.	ACA: fornecimento de 1 mamadeira, 1 lata de fórmula infantil a pronta para usar, 1 lata de fórmula infantil a em pó, 1 bico plástico, e 3 panfletos com propagandas da fórmula infantil ANCA: sem fornecimento de amostras de fórmula infantil	ACA: 212 ANCA: 194 n = 406	163 (78%) ainda o AM com 1 mês	163 (84%) ainda AM com 1 mês (p = 0,07)	Vide Perez-Escamilla 94
Guthrie 85 (Filipinas)	Mulheres urbanas, de baixa renda com paridade em média de 2.5-3.0 Hospitalais A e B	ACA A e B: 1 lata de fórmula infantil a em pó ANCA A e B: sem fornecimento de fórmula infantil	ACA A: 78 ANCA A: 56 ACA B: 23 ANCA B: 56 n = 213	53 (69%) ainda AM com 1 mês AM menos provável (mesmos dados)**	45 (80%) ainda AM com 1 mês Mais propensas a amamentar durante os 8 primeiros meses. (mesmos dados)**	Vide Perez-Escamilla 94
Evans 86 (E.U.A.)	Primíparas e multíparas urbanas, principalmente Caucasianas, com alto risco obstétrico e com recém- nascidos normais	ACA: um pacote oferecido no momento da alta com 1 mamadeira de fórmula infantil pronta para usar, 1 lata de fórmula infantil concentrada e 1 lata de fórmula infantil a em pó ANCA: pacotes distribuídos no momento da alta sem amostras de fórmula infantil	ACA: 55 ANCA: 40 n = 95	36 (65%) parcial AM com 1 mês; 30 (55%) ainda AM com 1 mês (1 mamadeira de fórmula/dia)	30 (75%) parcial AM com 1 mês; 23 (58%) ainda AM total com 1 mês (1 mamadeira de fórmula/dia)	Vide Perez-Escamilla 94
Feinstein 86 (E.U.A.)	Primíparas e multíparas urbanas principalmente negras com intenções de amamentar	ACA: 1 lata de fórmula infantil pronta para usar, 2 mamadeiras com água e 3 panfletos educacionais ANCA: 2 mamadeiras com água e 3 panfletos educacionais. Uso de fórmula infantil muito frequente no hospital	ACA: 76 ANCA: 90 n = 166			Vide Perez-Escamilla 94

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. * Dados do hospital A reanalisados por Perez-Escamilla et al (1994) usando análises de sobrevivência
AM: Aleitamento Materno

Tabela 6.4 (Cont.) RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS AMOSTRAS COMERCIAIS POR OCASIÃO DA ALTA - METANÁLISE

Estado [Limitações Metodológicas]	Características da População	Amostras Comerciais na Alta (ACAV) Sem Amostras Comerciais de Alta (ANCA)	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				ACA	ANCA	
Frank 87 (E.U.A)	Primíparas e multiparas de baixa renda, urbanas, de várias etnias	ACA: 2 mamadeiras com água esterilizada, 2 bicos e panelinhos comerciais ANCA: protetores de seios e panelinhos educacionais sobre AM	ACA: 167 ANCA: 157 n = 324	Duração média do AM total: 42 dias** 92 (55%) ainda AM com 4 meses	Duração média do AM total: 60 dias** 101 (65%) ainda AM com 4 meses*	Vide Perez-Escamilla 94
Dungy 92 (E.U.A)	Mulheres principalmente brancas, classe média, escolarizadas, urbanas-rurais, com recém-nascidos saucíveis	ACA: fórmula infantil e itens não especificados ANCA: 1 ordenhadeira manual para o seio, protetores e creme para os seios	ACA: 44 ANCA: 43 n = 87	Duração média do AM total: 2,78 semanas	Duração média do AM total: 4,18 semanas*	Vide Perez-Escamilla 94
Perez-Escamilla 94	Metanálise dos estudos acima				AM total mais provável com 1 mês*. Qualquer AM mais provável com 4 meses*	ACA reduziu significativamente a probabilidade do AM total com 1 mês e de qualquer AM com 4 meses

AM: Aleitamento Materno

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tabela 6.5 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS AMOSTRAS COMERCIAIS DE ALTA

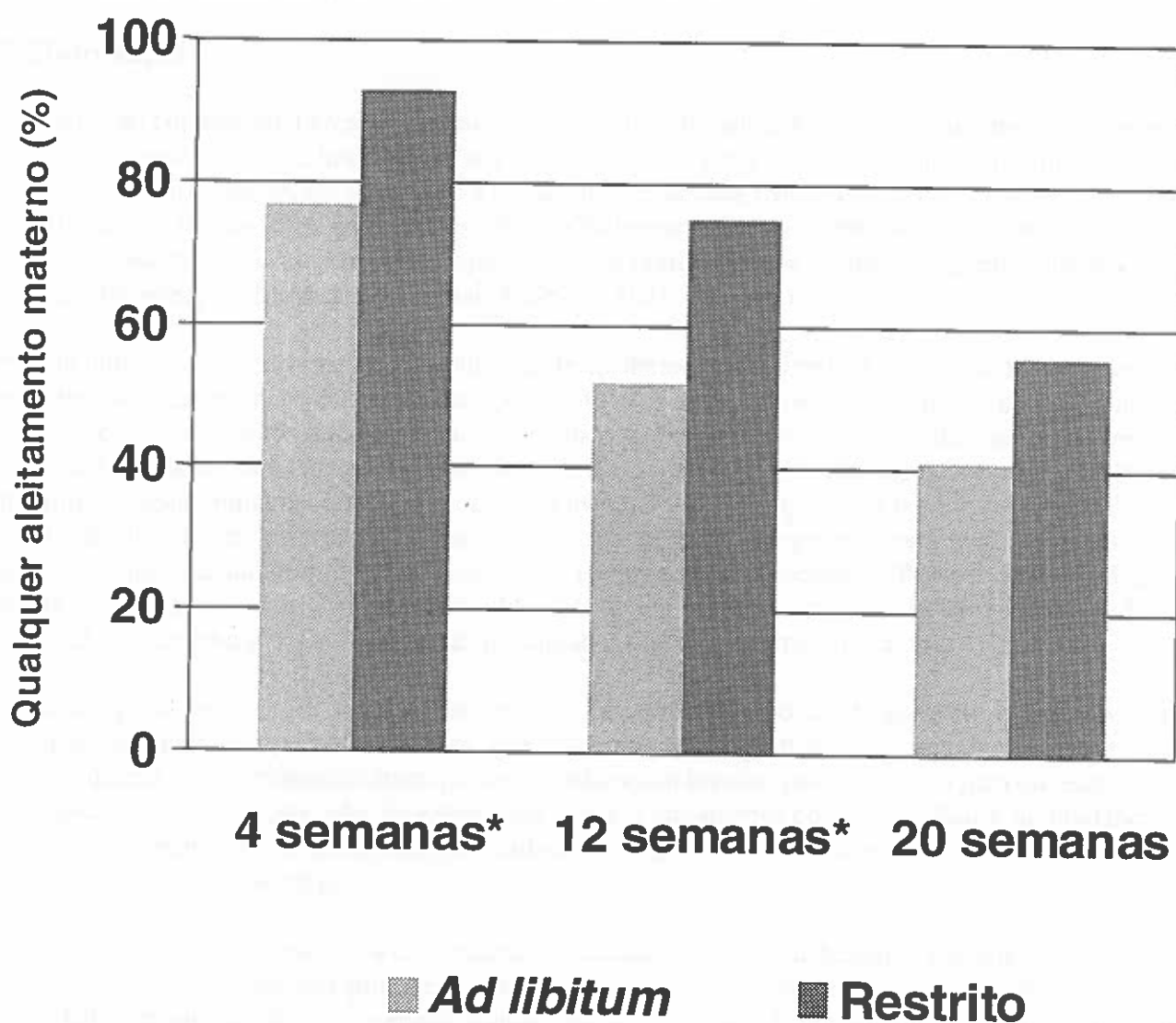
Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Amostras Comerciais na Alta (ACA) Sem Amostras Comerciais na Alta (ANCA)	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				ACA	ANCA	
Snell 92 (E.U.A.) [2, 8]	Mulheres hispânicas de baixa renda amamentando recém-nascidos saudáveis, nascidos a termo e que tinham telefone	ACA: amostras de fórmula infantil e itens não especificados ANCA: não foi fornecida ACA	ACA: 33 ANCA: 47 n = 80	24 (72%) ainda praticavam o AM, 11 (33%) praticavam o AM total com 3 semanas** 33 (100%) estavam dando mamadeiras com 3 semanas**	41 (87%) ainda praticavam o AM, 32 (68%) praticavam o AM total com 3 semanas** 35 (75%) receberam mamadeiras com 3 semanas**	Entre as hispânicas de baixa renda, o grupo ANCA estavam menos propensos a usar mamadeiras e mais propensos a continuar o AM com 3 semanas
Bliss 97 (E.U.A.) [1, 2]	Mães de língua inglesa amamentando, que receberam alta de unidades pós-parto com baixo risco, tendo acesso ao telefone Sub-grupo analisado: mães com intenções de amamentar por pelo menos 6 meses (n = 688)	ACA 1: 1 lata de fórmula infantil em pó ACA 2: fórmula infantil e ordenhadeira para o seio ANCA 1: não foram fornecidas fórmula infantil nem a ordenhadeira ANCA 2: ordenhadeira + manual para o uso da mesma Todos incluíram panfletos sobre amamentação preparados pela equipe do hospital	ACA 1: 192 ACA 2: 184 ANCA 1: 145 ANCA 2: 167 n = 688	As mães do sub-grupo que receberam fórmula infantil (64%) ou fórmula infantil e ordenhadeira (64%) estavam menos propensas a praticarem o AM total com 6 semanas**	Mães que receberam a ordenhadeira para o seio (78%) ou nada (72%) estavam mais propensas a praticarem o AM total com 6 semanas**	Distribuição de fórmula infantil com ou sem a ordenhadeira reduziu a probabilidade do AM total com 6 semanas (importantes limitações metodológicas)
Dungy 97 (E.U.A.) [2, 4, 5, 8]	Mães predominantemente brancas, escolarizadas, classe média com intenções de amamentar com bebês saudáveis nascidos a termo	ACA 1: fórmula infantil ACA 2: fórmula infantil + ordenhadeira ANCA: ordenhadeira manual	ACA 1: 240 ACA 2: 245 ANCA: 240 n = 725	18% das mães que receberam somente a fórmula infantil (ACA 1) e 16% dos ACA 2 (fórmula + ordenhadeira) AM total até 16 semanas de seguimento	16,7% dos ANCA (Somente ordenhadeiras e manual), com AM total até 16 semanas de seguimento	Mulheres brancas, classe média mais propensas ao AM total (16 semanas) que receberam amostras de fórmula infantil e ordenhadeiras ou ambas (importantes limitações metodológicas)

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

AM: Aleitamento Materno

Passo 6 - Uso de suplementos

Bebês ainda sendo amamentados com 4, 12 e 20 semanas segundo as práticas de suplementação de solução glicosada no hospital (*ad libitum* vs. restrito)



**Ad libitum* vs Restrito: $P < 0,05$

Adaptado de: Martin-Calama J et al (1997)

PASSO 7

7.1 “Praticar o alojamento conjunto – permitir que a mãe e o bebê permaneçam juntos - 24 horas por dia”

Mães com bebês normais (incluindo aqueles nascidos por parto cesariano) devem ficar junto com seus bebês no mesmo quarto dia e noite, exceto por períodos de até uma hora para procedimentos hospitalares, a partir do momento que eles vêm para o quarto após o parto (ou desde que tiverem condições de responder aos seus bebês, no caso de parto cesariano). O alojamento conjunto deve iniciar-se no máximo em uma hora após os partos vaginais normais. Mães de pós-parto normal devem ter seus filhos junto a elas ou em berços ao lado de seus leitos, a não ser que a separação seja indicada. (Critérios Globais da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, OMS/UNICEF, 1992).

7.2 Introdução

A prática do cuidado em berçário para os recém-nascidos foi adotada devido ao aumento do número de mães tendo seus bebês em hospital, no início do século 20. Uma das consequências foi um maior risco crescente de infecção cruzada, levando a epidemias de diarreia (McBryde & Durham, 1951) e doença estafilocócica de pele entre os neonatos (Rush, Chalmers & Enkin, 1989). Mais recentemente, alguns hospitais instituíram o alojamento conjunto, e essa prática tem se difundido, geralmente levando a redução de infecção (Mapata, Djauhariah & Dasril, 1988; Suradi, 1988).

No entanto, várias maternidades, particularmente estabelecimentos privados, continuam a ter berçários para bebês saudáveis nascidos de partos normais. Outros têm o alojamento conjunto parcial, mantendo as mães e os bebês juntos durante o dia, e colocando os bebês no berçário durante a noite. Às vezes, as mães são acordadas para amamentar, mas os bebês são geralmente alimentados pela equipe com fórmula infantil ou água enquanto estão no berçário. Em contraste, o alojamento conjunto permite às mães responderem sempre que seus bebês mostrarem sinais de que estão prontos para se alimentarem, e isso ajuda a estabelecer um bom fluxo do leite. Desta maneira, é difícil separar o Passo 7 do Passo 8, que se refere a alimentação sob livre demanda. O cuidado em berçário interfere na alimentação sob livre demanda, e aumenta a probabilidade de dificuldades com o aleitamento materno.

As razões geralmente dadas para não instituir o alojamento conjunto são de que o cuidado dos berçários permite uma melhor supervisão do bebê, que o sono da mãe é perturbado se as crianças estiverem no mesmo quarto, que as mães solicitam que seus bebês sejam levados para a berçário para que elas possam descansar, ou que a disposição da enfermaria torna o alojamento conjunto difícil e as mudanças na arquitetura seriam caras. Em hospitais particulares, o alojamento conjunto pode tornar difícil a cobrança de taxas para uso do berçário.

Nenhuma dessas razões justifica a continuação do cuidado rotineiro em berçário. Os berçários aumentam a demanda sobre o tempo da equipe, e restringem a interação entre mãe e bebê, o que pode comprometer o estabelecimento do vínculo e reduzir a auto confiança da mãe. O alojamento conjunto é importante para todos os bebês e mães, independente da forma como o bebê é alimentado.

7.3 Efeitos do alojamento conjunto na amamentação

Diversos estudos anteriores prospectivos e retrospectivos encontraram uma forte associação entre o alojamento conjunto e melhores resultados na amamentação (McBryde & Durham, 1951; Jackson, Wilkin & Auerbach, 1956; Bloom et al, 1982; Elander & Lindberg, 1984). Seis estudos experimentais ou quasi-experimentais relacionados especificamente a amamentação foram identificados.

Procianoy et al (1983) realizaram um estudo quasi-experimental comparando os efeitos do alojamento conjunto na intenção de amamentar no momento da alta médica em um hospital no Brasil. As mães foram randomicamente alocadas (dependendo da disponibilidade no espaço para leitos) para um alojamento conjunto ou um grupo do berçário. A escolha da mãe quanto ao método de alimentação após a alta médica foi significativamente diferente: 73% das mães do alojamento conjunto e 43% no grupo do berçário planejavam continuar a amamentação ($p < 0,01$). A diferença permaneceu significativa mesmo após o controle para o cuidado pré-natal e instruções da alimentação no hospital. O estudo não mediu a duração da amamentação, mas sugeriu que o alojamento conjunto pode afetar as atitudes das mães em relação à amamentação, e seus sentimentos maternos e confiança.

Elander & Lindberg (1986) na Suécia estudaram 29 recém-nascidos em fototerapia e que foram alternadamente alocados para um grupo separado ou não separado, (ficando com suas mães durante o dia e, na maioria dos casos, durante a noite também). O grupo não separado estava mais propenso a amamentar durante as 12 semanas do período de seguimento, sendo a diferença significativa com 4 semanas (87% versus 50%, $p < 0,05$).

Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez, (1990) acompanharam 375 primíparas urbanas, pobres da Nicarágua por 4 meses. Existiram diversas intervenções, cuja metodologia foi descrita no Passo 4. Com uma semana após o parto, a porcentagem de mães que amamentavam de modo total foi 63% mais alta no grupo que foi colocado em alojamento conjunto e que recebeu mensagens experimentais de amamentação do que nos grupos que foram separados e que receberam ou mensagens experimentais de amamentação (53%, $p < 0,001$) ou mensagens de rotina (32%). Aos 4 meses, a taxa de qualquer aleitamento materno foi mais alta no grupo de alojamento conjunto e no grupo de informação experimental (61%) que nos outros grupos combinados (51%, $p < 0,05$).

Perez-Escamilla et al (1992) acompanharam 165 mulheres urbanas, pobres do México que planejavam amamentar. A metodologia foi descrita no Passo 5. As mulheres deram a luz em 2 hospitais, um com berçário e outro com alojamento conjunto: um sub-grupo tinha somente alojamento conjunto, e outro sub-grupo tinha alojamento conjunto combinado com orientação sobre amamentação. As mulheres no hospital com alojamento conjunto entraram em contato e amamentaram seus recém-nascidos mais cedo, ficaram mais tempo com eles, e amamentaram mais frequentemente. Os bebês no hospital com berçário foram alimentados com menos solução glicosada devido a uma norma restringindo seu uso.

Primíparas nos dois sub-grupos de alojamento conjunto tiveram taxas significativamente mais altas de aleitamento materno total do que o grupo do berçário com 1 mês após o parto. Aos 4 meses, a diferença permaneceu estatisticamente significativa somente para o sub-grupo que ficou em alojamento conjunto e recebeu orientação. Os autores sugerem que o alojamento conjunto tem um efeito benéfico a curto prazo na amamentação. Este efeito somente é mantido se acompanhado por orientação para amamentar.

O alojamento conjunto pode ajudar na produção precoce de leite materno. Mapata, Djauhariah & Dasril (1988) na Indonésia, estudaram 414 mulheres que escolheram o alojamento conjunto ou permanecer separadas de seus filhos. No grupo que ficou em alojamento conjunto, a produção de leite materno maduro começou mais cedo ($1,85 \pm 0,84$ dias) do que no grupo do berçário ($3,07 \pm 0,93$ dias, $p < 0,001$), e a icterícia clínica foi menos freqüente (13% versus 26% respectivamente, $p < 0,05$).

Yamauchi & Yamanouchi (1990) em uma revisão de 204 mães, reportaram que crianças do grupo de alojamento conjunto mamaram com mais freqüência do que as crianças no berçário, dos dias 2 a 7, e

que ganharam mais peso por dia. No alojamento conjunto as mães foram encorajadas a amamentar sob livre demanda.

7.4 - Outros Resultados

Além da amamentação, a relação mãe-bebê, pode ser afetada pelo alojamento conjunto. Mesmo o alojamento conjunto parcial (dia) pode ser benéfico nesse aspecto.

O'Connor et al (1980) observaram em um estudo quase-experimental mais casos substanciais de abuso ou negligência dos pais em um grupo que não esteve em alojamento conjunto comparado a um grupo que permaneceu 8 horas por dia em alojamento conjunto, quer elas tivessem a intenção de amamentar ou não. Norr et al (1989) encontraram em uma população de mulheres de baixa renda nos Estados Unidos, que um grupo que permaneceu em alojamento conjunto com seus bebês durante o dia, apresentou um índice de vínculo materno com 2 a 3 dias mais elevado do que nos grupos de pré-alojamento conjunto, ou em outro grupo que queria o alojamento conjunto mas não pode tê-lo. Buranasin (1991) encontrou em um estudo retrospectivo que a taxa de abandono de recém-nascidos em hospitais por 1.000 nascidos vivos foi reduzida de 1,8 para 0,1, dois anos após o início do alojamento conjunto .

7.5 - Validade das razões para não adotar o alojamento conjunto

As razões apresentadas para não adotar o alojamento conjunto não são necessariamente válidas, mesmo para mães que não tenham a intenção de amamentar. Uma preocupação comum é que as mães precisam descansar e se os bebês estiverem em alojamento conjunto durante a noite, isso afetará o sono delas. Waldeström & Swenson (1991) estudaram o efeito de encorajar as mães a adotarem o alojamento conjunto à noite, uma vez que o mesmo já era praticado durante o dia. O alojamento conjunto à noite não afetou a quantidade de horas de sono ou o estado de alerta diurno das mães, apesar de amamentarem com mais frequência à noite.

Keefe estudou o período noturno de sono das mães (1988) e os padrões de sono-vigília de recém-nascidos (1987) em um grupo em alojamento durante 24 horas, e um grupo de bebês em berçário que esteve em alojamento conjunto das 07:00hs às 23:00h. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos no número de horas dormidas pelas mães ou na qualidade de seu sono. Sete das dez mães no grupo de bebês do berçário tomou medicação para dormir pelo menos uma vez durante as 2 noites do estudo, comparadas com nenhuma do grupo que ficou em alojamento conjunto.

Para estudar recém-nascidos, um carrinho de bebê com monitor de sono foi usado por duas noites consecutivas após o nascimento. O ambiente do berçário tinha níveis de som ($p < 0,01$) e luzes mais elevados à noite do que na sala pós-parto onde a mãe se recupera. O número de episódios de choros infantis foi maior e a equipe de cuidados respondeu com menos frequência no grupo do berçário. Bebês que compartilhavam o alojamento conjunto gastavam 33% do tempo em sono tranquilo comparados com 25% no grupo do berçário ($p < 0,05$).

Esses resultados combinados sugerem que a presença de recém-nascidos no quarto da mãe não altera muito o sono materno, mas melhora o sono do bebê.

7.6 - Efeito de dormir na mesma cama no aleitamento materno e outros resultados

Amamentar a noite e dormir na mesma cama (cama compartilhada). McKenna, Mosko & Richard (1997) estudaram o comportamento noturno de pares saudáveis de mães e bebês latinos, 3 a 4 meses após o parto, que dormiam na mesma cama como rotina ($n = 20$) e que não dormiam na mesma cama como rotina ($n = 15$), e que estavam em aleitamento exclusivo apenas durante a noite. Bebês que dormiam em conjunto com a mãe como rotina, mamavam três vezes mais durante a noite do que os que dormiam sozinhos sugerindo que dormir junto promove o aleitamento materno. Os autores também sugerem que, ao aumentar o aleitamento materno, dormir junto pode ser protetor contra a Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI). A evidência para isso permanece inconclusiva. Clements et al (1997) relataram através de um estudo longitudinal que o dormir na mesma cama estava associado com a maior duração da amamentação, mesmo após o controle de fatores de confusão.

7.7 - Conclusões

Nos últimos anos, ganhou-se experiência considerável com o alojamento conjunto, e uma vez instituído, as equipes e as mães usualmente preferem o alojamento conjunto ao invés do berçário. Razões comuns dadas para não adotar o alojamento conjunto, tais como interferência no sono da mãe, parecem não ser válidas. O alojamento conjunto tem efeitos benéficos tanto na amamentação quanto na relação mãe-filho. O efeito no aleitamento materno pode em parte, devido ao fato de que o alojamento conjunto facilita a alimentação sob livre demanda. O berçário torna difícil a amamentação sob livre demanda, e o alojamento conjunto dificulta a restrição da mamada. O efeito na relação mãe-filho parece independender do método de alimentação usado.

Bebês em berçários choram mais, e os profissionais de saúde não os atendem com tanta frequência quanto as mães que estão no mesmo quarto. Dessa forma, bebês, amamentados ou não, devem estar em alojamento conjunto com suas mães durante 24 horas, a não ser que haja uma razão médica inevitável que os obriguem a permanecer no berçário.

Tabela 7.1 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS

ALOJAMENTO CONJUNTO

Estudo (Limitações Metodológicas)	Características da População	Controle/Intervenção	Tamanho de amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Proclanoy 83 (Brasil) [9]	Mães saudáveis de baixa renda e urbanas, sem orientação no pré-natal sobre a alimentação do bebê. Bebês saudáveis a termo - AM no momento da alta	Ambos: contato de pele inicial de 5 minutos seguido de 6 a 8 horas de separação. Contr.: uma hora de contato a cada intervalo de 4 horas. Interv.: 24 horas AC, alimentação a cada 4 horas	Contr.: 75 Interv.: 81 n= 156	32 (43%) tinham a intenção de continuar o AM no momento da alta ***	59 (73%) tinham a intenção de continuar o AM no momento da alta ***	Mães do alojamento conjunto estavam mais propensas a planejar continuar o AM
Elander 86 (Suécia) [8]	Bebês saudáveis a termo, com hiperbilirrubinemia em fototerapia	Contr.: Separação completa Interv.: 24 horas de AC + 1-2 horas de orientação no cuidado com o bebê	Contr.: 14 Interv.: 15 n= 29	7 (50%) * ainda AM com 4 semanas 3 (21%) ainda AM com 12 semanas*	13 (87%) * ainda AM com 4 semanas 8 (53%) ainda AM com 12 semanas*	O alojamento conjunto é benéfico (qualquer AM) com 4 semanas
Mapeta 88 (Indonésia) [3]	Bebês saudáveis a termo com gestações e partos normais	Contr.: contato para AM a cada 3 horas Interv.: AC durante todo o tempo, alimentação sob livre demanda, contato de pele na sala de parto.	Contr.: 161 Interv.: 253 n= 414	Leite materno produzido com 3,07 dias ***	Leite materno produzido com 1,85 dias ***	Leite materno produzido mais cedo no grupo de alojamento conjunto
Yamauchi 90 (Japão) [5]	Recém-nascidos a termo saudáveis amamentados	Contr.: cuidado de pré-intervenção, contato de 30 minutos a cada intervalo de 3-4 horas Interv.: 24 horas de AC + alimentação sob livre demanda (Passo B)	Contr.: 112 Interv.: 92 n= 204	Amamentação com 6 dias: 7,85 (média) *** Ganho de peso (do mais baixo ao 7º dia): 31 ± 15 g/dia **	Amamentação com 6 dias: 9,72 (média) *** Ganho de peso (do mais baixo ao 7º dia) 39 ± 21 g/dia **	Aumento da frequência de AM e ganho de peso com AC
Strachan - Lindenberg 90 (Nicarágua) [8]	Primíparas urbanas saudáveis de baixa renda, com intenção de amamentar, partos normais	Contr I (pré-interv.): mensagens de AM de rotina + separação. Contr II (pré-interv.): mensagens específicas de AM + contato precoce. Interv.: 24 horas de AC + mensagens específicas	Contr (I + II): 259 Interv.: 116 n= 375	111 (43%) AM total com 1 semana *** 131 (51%) ainda AM com 4 meses*	73 (63%) AM total com 1 semana *** 71 (61%) AM com 4 meses*	Alojamento conjunto com mensagens benéficas específicas de AM (qualquer AM) com 4 meses
Perez-Escamilla 92 (México)	Primíparas urbanas saudáveis pobres que planejam amamentar, bebês a termo saudáveis	Contr.: separação completa, sem orientação para AM Interv.: 24 horas de AC Interv. I I: Int. I + orientação para AM	Contr.: 17 Interv. I: 15 Interv. II: 22 n= 54	2 (12%) AM total aos 30 dias* 0 (0%) o AM total aos 90 dias*	6 (40%) a na Interv. I e 11 (50%) a na Interv. II AM total com 30 dias* (I vs C) 1 (8%) a em Interv. I e 6 (27%) a em Interv. II AM total com 90 dias* (II vs C)	AM total aumentado com 90 dias com alojamento conjunto e orientações para AM para primíparas

*p<0,005; **p<0,01; ***p<0,001

AC: Alojamento Conjunto

*: Dados recalculados

AM: aleitamento materno

TABELA 7.2 – RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS
ALOJAMENTO CONJUNTO – OUTROS RESULTADOS

Estudo (Limitações Metodológicas)	Características da População	Controle/Intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
O'Connor 80 (E.U.A)	Primíparas saudáveis de baixa renda com recém-nascidos saudáveis	Contr: contato após 12 horas, apenas para alimentação Interv.: contato após 7-21 horas, AC 11,4 h/dia (média) Durante as 1 ^{as} 48 hs	Contr.: 158 Interv.: 143 n= 301	9 casos substancial de abuso ou negligência dos pais durante 17 meses *	1 caso substancial de abuso ou negligência dos pais durante 17 meses*	Mães que praticaram o AC (parcialmente) menos propensas a desenvolverem o abuso ou negligência dos pais
Norr 89 (E.U.A) [6]	Primíparas indigentes com parto normal e bebês saudáveis a termo	Contr: contato de 45 minutos, quatro vezes/dia, pré-intervenção (n=72) ou apesar da vontade da mãe em praticar o AC (n=35) Interv: AC durante o dia	Contr.: 107 Interv.: 77 n= 184	Número de vezes em que a mãe ficou com o bebê nos dias 2-3: 82,2 ± 21 (média ± DP)*	Escore de apego materno nos dias 2-3: 88,9 ± 21 (média ± DP)	Mães que praticaram o AC são mais apegadas aos filhos
Keele 87 e 88 (E.U.A) [3]	Multiparas com partos normais, bebês a termo, de baixo risco e amamentados	Contr: AC das 7h às 23h Interv.: como acima + AC à noite	Contr.: 10 Interv.: 11 n= 21	Sono materno nas noites 1 e 2: 5,35h Tempo do bebê no berço com sono tranquilo: 25%*	Sono materno nas noites 1-2: 5,55h Tempo do bebê no berço com sono tranquilo: 33%* Tempo médio de choro do bebê/noite: 1,4 min ***	O AC noturno não reduz o sono materno; os bebês tiveram um sono mais tranquilo e choraram menos tempo
Waldenstrom 91 (Suécia) [6]	Parto normal, bebê saudável	Contr (pré-interv.): AC das 6h às 22h Interv.: como acima + encorajamento para o AC à noite (treinamento da equipe, informação pré-natal).	Contr.: 104 Interv.: 111 n= 215	1,5 mamadas nas noites 3 (média) * 5,7 horas dormidas pela mãe no dia 3 (média)	1,8 mamadas na noite 3 ^a (média)* 5,6 horas dormidas pelas mães 3 ^a dia (média)	O AC noturno não reduz o sono materno, poucas mamadas a mais na 3 ^a noite.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

AC: Alojamento Conjunto

AM: Aleitamento Materno

PASSO 08

8.1 – “Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda”

Mães de bebês normais (incluindo os nascidos de cesariana) que estão amamentando não devem ter restrições quanto à frequência e duração das mamadas de seus filhos. Elas devem ser aconselhadas a amamentar seus filhos sempre que eles tenham fome ou com tanta frequência quanto o bebê quiser, e elas devem acordá-los para amamentar se eles dormirem por intervalos muito longos ou quando as mamas estiverem muito cheias. (Critérios Globais da Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS/UNICEF, 1992).

8.2 – Introdução

A idéia de que os horários fixos de amamentação são melhores tanto para a criança quanto para a mãe foi introduzida no início do século 20, em uma tentativa de tornar a alimentação infantil “científica” e segura (Fisher, 1985; Klaus, 1987; Inch & Garforth, 1989). Em bases puramente teóricas, supôs-se que o estômago do bebê necessitava de um certo intervalo (3 a 4 horas) para ser esvaziado, que as mamadas noturnas tinham que ser evitadas, e que mamadas prolongadas causavam diarreia, vômitos, falha no crescimento e mamilos dolorosos. Estas idéias ainda prevalecem em alguns lugares. Mais genericamente aceita-se agora que estabelecer horários para as mamadas acarreta problemas no aleitamento materno e produção insuficiente de leite, o que pode levar as mães a iniciarem a alimentação artificial. Restringir a duração da mamada pode resultar que o bebê receba menos leite posterior rico em energia. (Woolridge & Baum, 1993).

Pode haver, no entanto, ainda alguma lacuna entre norma e prática. O aleitamento sob livre demanda pode ser especificado, mas a equipe pode sugerir a “ensinar” ao recém-nascido um horário antes que ele/ela deixe o hospital (Garforth & Garcia, 1989) ou podem recomendar começar com mamadas curtas para prevenir fissuras

Com o aleitamento materno sob livre demanda (também conhecido por “irrestrito”, ou “comandado pelo bebê”, ou “em resposta aos sinais do bebê” a frequência e a duração das mamadas variam tanto entre bebês como de um dia para o outro. Muitos bebês mamam a cada 2 ou 3 horas ou com mais frequência, com alguns intervalos maiores entre as mamadas. O número total de mamadas em cada dia é geralmente mais do que 6 a 8 permitido normalmente na rotina hospitalar tradicional.

Em hospitais, uma verdadeira amamentação irrestrita somente é possível com o alojamento conjunto 24 horas/dia, o que permite à mãe atender quando seu filho mostra sinais de disposição para mamar. Desta forma, é difícil conseguir o efeito do aleitamento materno sob livre demanda independentemente do Passo 7.

8.3 – Frequência e duração da sucção logo após o nascimento

A eliminação da placenta no parto resulta em uma queda nos níveis de estrógeno e progesterona no sangue da mãe, o que permite a prolactina atuar nas glândulas mamárias e o iniciar a produção de leite. A quantidade de leite produzida é então adaptada durante as primeiras semanas, às necessidades do bebê, parcialmente pela prolactina que é secretada em resposta à sucção, e parcialmente pelos efeitos locais da remoção de leite na glândula, ambos sendo fortemente determinados pelo apetite do bebê (Woolridge & Baum, 1993; Wilde, Prentice & Peaker, 1995; Hartmann et al, 1996). Pedir às mães para restringir tanto a frequência quanto a duração das mamadas pode interferir no processo de adaptação, e pode levar ao ingurgitamento da mama, insuficiência na produção de leite e outros problemas.

Quando não há restrições, a frequência e a duração das mamadas varia muito. Howie et al (1981) observaram 50 mães durante 2 mamadas consecutivas, 5 a 7 dias após o parto. A duração das mamadas variou entre 7 e 30 minutos, a taxa inicial do fluxo do leite variou de 1 a 14 g/min, e a ingestão final de leite de 42 a 125 g/mamada. De Carvalho et al (1982a) estudaram nos Estados Unidos 46 pares de mães e bebês que praticavam o aleitamento sob livre demanda, sem suplementos. A frequência da sucção variou durante as duas primeiras semanas de vida de 6,5 a 16,5 mamadas/24h, e em um mês de 5 a 11 mamadas/24h. A média total diária do tempo de sucção foi de 86 a 304 e 75 a 405 min/24h nas duas primeiras semanas e com um mês de vida, respectivamente. A ingesta diária de leite com um mês variou de 395 a 1.011ml, e não estava correlacionada com a frequência ou duração da sucção.

Amamentar 10-15 vezes por dia não é incomum. Diaz et al (1995) acompanharam 1.217 mães chilenas saudáveis que amamentavam sob livre demanda, e relataram que a frequência de sucção com 1 mês era $8,0 \pm 2,7$ mamadas durante o dia e $3,5 \pm 2,2$ mamadas à noite. Aos 6 meses, a frequência de sucção era $7,7 \pm 2,7$ e $2,6 \pm 1,7$ respectivamente.

8.4 – O efeito da amamentação irrestrita

Quatro estudos quasi-experimentais sobre o efeito da amamentação irrestrita foram identificados (Illingworth & Stone, 1952; Slaven & Harvey, 1981; de Carvalho et al, 1983 e 1984). Um estudo (Salariya, Easton & Cater, 1978) comparou o efeito de mamadas de 2 em 2 horas versus de 4 em 4 horas, mas as diferenças não alcançaram significância.

Illingworth & Stone (1952) compararam o ganho de peso e a incidência de amamentações total em bebês alocados randomicamente em diferentes enfermarias da maternidade. Em uma enfermaria, 106 bebês foram alimentados em um horário fixo (de 4 em 4 horas, seis vezes ao dia). Em outra 131 bebês foram amamentados sob livre demanda.

O aleitamento materno sob livre demanda começou no 3º dia. O número médio de mamadas no grupo de aleitamento materno irrestrito foi 6,4 por 24 horas. No nono dia 49% dos bebês desse grupo haviam recuperado seu peso de nascimento comparados com 36% dos bebês do grupo com horário fixo. De modo significativo, mais mães no horário fixo apresentavam dor nos mamilos (27% versus 13%) e “mamas cheias” ou ingurgitadas (34% versus 17%). Com um mês, mais bebês alimentados sob livre demanda foram totalmente amamentados (80% comparados com 65%) .

Slaven & Harvey (1981) estudaram o efeito da duração restrita das mamadas, quando a frequência das mamadas era “sob livre demanda”. Um grupo de intervenção foi instruído a amamentar “por quanto tempo lhes parecesse adequado”. Um grupo controle foi instruído a amamentar por 3 minutos em cada mama no 1º dia após o parto; 5 minutos no 2º dia ; 7 minutos no 3º dia; e 10 minutos daí em diante. Com seis semanas, a proporção de mães ainda amamentando foi significativamente mais alta no grupo sugando por tempo ilimitado do que no grupo com tempo determinado ($p < 0,0005$). Mamilos doloridos e mamas ingurgitadas não diferiam entre os grupos.

De Carvalho et al (1983) acompanharam por 35 dias um grupo controle de mães designadas para um horário fixo, e um grupo experimental designado para amamentação sob livre demanda. No 15º dia a ingestão de leite do grupo experimental era significativamente mais alta (725ml versus 502ml/24h, $p < 0,0002$) e bebês ganharam mais peso desde o nascimento (561 versus 347 g, $p < 0,02$). No entanto, a ingesta de leite e o ganho de peso não foram significativamente diferentes no 35º dia e o subsequente acompanhamento não foi útil devido às altas taxas de perdas.

De Carvalho et al (1984) também compararam mamilos doloridos relatados por 17 mães em um grupo controle (horário fixo) e 15 mães em um grupo experimental (amamentação sob livre demanda) acompanhadas até o 10º dia após o parto. O número de mamadas era significativamente mais alto no grupo experimental do que no grupo controle (10 versus 7,4 mamadas/24h, $p < 0,0001$). A dor nos mamilos não aumentou com mamadas mais longas ou frequentes.

Em um estudo prospectivo de coorte com bebês brasileiros urbanos e pobres, com menos de 6 meses de idade (Martines, Ashworth & Kirkwood, 1989), foi encontrado que as mamadas frequentes após a saída da maternidade (mais de 6 vezes/dia com um mês) estavam associadas com maior duração do aleitamento do que mamadas com um horário fixo. Mesmo após controlar para a combinação da amamentação mais o uso de mamadeiras, o efeito da mamadas frequentes permaneceu significativo medido entre os 3 e 6 meses.

8.5 - Outros resultados

Como discutido no Passo 6, o aumento de líquidos é geralmente recomendado para o tratamento de icterícia fisiológica. Suplementos de solução glicosada não são eficazes mas contudo mamadas frequentes aparentemente o são. De Carvalho (1982b) observou uma associação significativa entre a amamentação frequentes em hospital (mais de 8 vezes por 24 horas) durante os 3 primeiros dias de vida, e níveis mais baixos de bilirrubina sérica no 3º dia ($p < 0,01$), apesar de que a perda de peso foi similar independente da frequência da amamentação.

Yamauchi & Yamanouchi, em um estudo prospectivo de 140 bebês (1990) constataram que uma frequência mais alta de mamadas durante o 1º dia após o parto, estava fortemente correlacionada com uma reduzida hiperbilirrubinemia no 6º dia. Uma frequência mais alta de mamadas também esteve fortemente correlacionada com um aumento na ingestão de leite materno no 3º e 5º dias ($p < 0,05$) e uma redução na perda de peso do nascimento ao 7º dia ($p < 0,01$).

8.6 Conclusões

O padrão de aleitamento materno, que é o número de episódios e a duração total de mamadas por 24 horas, varia muito entre pares mãe-filho e ao longo do tempo. Dessa forma o verdadeiro aleitamento materno sob livre demanda não pode seguir diretrizes baseadas em valores médios.

O aleitamento materno sob livre demanda apresenta benefícios claros. Receios de possíveis efeitos nocivos, tais como o aumento do risco de mamilos fissurados, são infundados. Sabe-se agora que a ocorrência de mamilos fissurados deve-se principalmente à uma mamada, não relacionada à duração da sucção (Woolridge, 1986b).

Os benefícios do aleitamento materno sob livre demanda para o bebê incluem menor perda de peso no período imediatamente após o parto, e um subsequente aumento na duração da amamentação. A mamada frequente está associada a uma menor hiperbilirrubinemia durante o período neonatal precoce. Para as mães, o aleitamento materno sob livre demanda ajuda a prevenir o ingurgitamento, e a amamentação é estabelecida mais facilmente. Relatórios de experiência de hospitais após o aleitamento materno sob livre demanda ter sido introduzido, frequentemente confirmam que ingurgitamento das mamas e problemas associados, tornaram-se bem menos comuns, apesar dessas observações terem sido, raras vezes, formalmente registradas. Poucas equipes de maternidade que testemunharam essa transição, querem retornar às mamadas em horário fixo, com a conseqüente necessidade de confortar bebês que choram enquanto esperam o momento de mamar e pela frustração ao tentar que um bebê faminto pegue a mama ingurgitada de uma mãe angustiada.

Tabela 8.1 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS AMAMENTAÇÃO SOB LIVRE DEMANDA

Estudo [Limitações metodológicas]	Características da População	Controle/intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Illingworth 52 (Inglaterra) [2]	Bebês saudáveis a termo	Contr.: alimentados a cada quatro horas Interv.: AM sob livre demanda após o 2º dia. Ambos: AC 24 horas	Contr.: 96 Interv.: 122 n= 218	62 (64,5%) AM total com 1 mês **	98 (80,3%) :AM total com 1 mês **	Amamentação sob livre demanda parecia benéfica (AM total) com 1 mês
Salaria 78 (Escócia) [8]	Mães primíparas com intenção de amamentar, bebês saudáveis a termo	Contr. I: AM a cada 4 horas + contato precoce Contr. II: AM a cada 4 horas + contato tardio Interv. I: AM a cada 2 horas + contato precoce Interv. II: AM a cada 2 horas + contato tardio	Contr. I: 27 Contr. II: 26 Interv. I: 29 Interv. II: 27 n= 109	Ainda sendo amamentados com 6 semanas: 20 (74%) no Contr. I 14 (54%) no Contr. II 34 (64%) nos Contr. I + II	Ainda sendo amamentados com 6 semanas: 20 (69%) na Interv. I 19 (70%) na Interv. II 39 (70%) nas Interv. I + II	Aumento não significativo no AM com 6 semanas quando os bebês foram alimentados a cada 2 horas
Slaven 81 (Inglaterra) [2]	Primíparas e multiparas com intenção de amamentar, que tinham telefone em casa	Contr.: duração restrita da mamada em cada peito (3, 5, 7 e 10 min) do 1º ao 4º dia, 10 min daí em diante) Interv.: tempo de amamentação ilimitado Ambos: frequência ilimitada de mamadas	Contr.: 100 Interv.: 100 n= 200	57% ainda amamentando com 6 semanas *** 37% relataram mamas ingurgitadas, 33% relataram dor nos mamilos	80% ainda amamentando com 6 semanas *** 27% relataram mamas ingurgitadas, 38% relataram dor nos mamilos	Mães que amamentavam sob livre demanda estavam mais propensas a continuar o AM e menos propensas a apresentarem mamas ingurgitadas ou problemas nos mamilos
De Carvalho 83 (E.U.A) [1,4]	Mães urbanas que tiveram parto normal, planejando amamentar bebês a termo.	Contr. (Pré-Interv.): AM a cada 3-4 horas Interv.: instrução para alimentar sempre que o bebê parecer com fome Ambos: uma aula de AM no hospital incluindo técnicas básicas de cuidados com as mamas	Contr.: 24 Interv.: 20 n= 44	Média de mamadas/24h (dias 1-14): 7,3±1,4 Ganho de peso do bebê no 15º dia: 347 g Ingestão de leite no 15º dia: 502ml/24h ***	Média de mamadas/24h (dias 1-14): 9,9 ± 1,9 *** Ganho de peso do bebê no 15º dia: 561g Ingestão de leite no 15º dia: 725ml/24h ***	Alimentação sob livre demanda pareceu benéfica para a frequência da mamada, ganho de peso e ingestão de leite no 15º dia
De Carvalho 84 (E.U.A)	Mães com gestações a termo, sem complicações e parto normal, AM total	Contr. (pré-interv.): AM a cada 3-4 horas Interv.: AM sempre que o bebê estiver nervoso, chupando o dedo ou com movimentos com a boca Ambos: 1 aula de AM, não dar água ou fórmula infantil	Contr.: 17 Interv.: 15 n= 32	7,7 ± 1,4 mamadas/dia (dias 6-10) *** Escore de dor nos mamilos: 0,75 ± 0,73 pontos (dias 6-10)	10 ± 2,3 mamadas/dia (dias 6-10) *** Escore de dor nos mamilos: 9,44 ± 0,5 pontos (dias 6-10)	Mães que amamentavam sob livre demanda amamentavam com mais frequência mas não se diferenciavam em relatos de dor nos mamilos

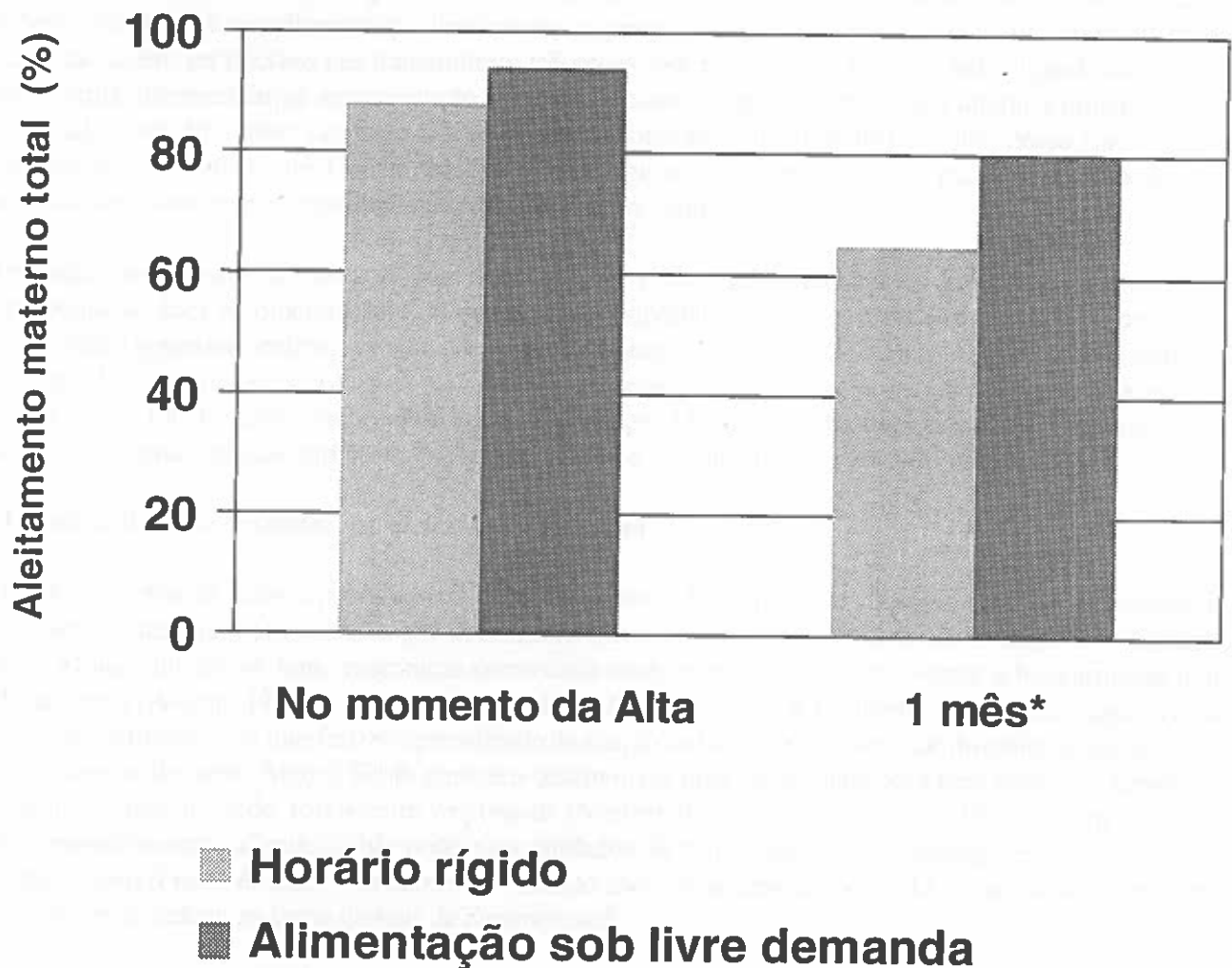
p < 0,05; **p < 0,01; ***P < 0,00

AC: Alojamento conjunto

AM: Aleitamento Materno

Passo 8 - Amamentação sob livre demanda

Proporção de bebês em aleitamento materno total no momento da alta e com 1 mês de idade, segundo o padrão de aleitamento materno na maternidade



*Horário rígido vs. Amamentação sob livre demanda: $p < 0,01$

Adaptado de: Illingworth RS & Stone DGH (1952)

PASSO 9

9.1 “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito.”

Os bebês não devem ser alimentados por mamadeiras, com bicos artificiais nem se deve permitir que usem chupetas. (Critérios Globais para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS/UNICEF, 1992).

9.2 Introdução

As chupetas são usadas no mundo todo e profissionais de saúde e leigos frequentemente acreditam que são inofensivas, ou até mesmo necessárias e benéficas, para o desenvolvimento do bebê (Victoria et al, 1997). Mamadeiras com bicos artificiais podem ser consideradas o único método alternativo de alimentação quando os bebês não podem ser alimentados diretamente no peito. No entanto, não só as chupetas como os bicos artificiais podem ser nocivos por transmitirem infecções, por reduzirem o tempo gasto sugando no peito e, dessa forma, interferindo na amamentação sob livre demanda e, possivelmente por alterar a dinâmica oral. São usados por diferentes razões e, até certo ponto, operam em diferentes modos, dessa forma serão considerados separadamente. Com o objetivo de restringir sua promoção junto ao público, as chupetas e os bicos são incluídos como “substitutos do leite materno” no âmbito do código.

O método alternativo de alimentação para bebês que não podem ser amamentados direto no peito é o uso do copo pequeno. Esta recomendação é particularmente importante quando, espera-se que o bebê possa ser amamentado posteriormente e, em situações onde a higiene de mamadeiras e bicos é difícil. A alimentação com copinho com uma técnica correta – de forma que o bebê controle a ingestão e o leite não seja “despejado” em sua boca – foi utilizada pela primeira vez no Quênia por Musoke (1990), que concluiu que era mais fácil estabelecer a amamentação em bebês prematuros quando as mamadeiras não eram mais usadas.

9.3 O efeito de bicos artificiais no aleitamento materno

Há muitos relatos de mães e profissionais de saúde sobre a dificuldade de conseguir que bebês peguem o peito depois que foram alimentados por mamadeira (Musoke, 1990; Mohrbacher & Stock, 1991; Riordan, 1991). Muitas diferenças, tanto mecânicas como dinâmicas, entre sugar o peito e sugar o bico artificial têm sido descritas (Ardran, 1958 a e b; Woolridge, 1986 a; Nowak, Smith & Erenberg, 1994). Isso sugere que o uso do bico artificial pode interferir no aprendizado de sucção do bebê e que independe do efeito do suplemento sobre o apetite do bebê. Alguns bebês parecem desenvolver uma preferência pelo bico artificial, apesar do mecanismo não ter sido totalmente explicado (Neifert, Lawrence & Seacat, 1996). Com cuidado suficientemente especializado, bebês podem ser ajudados, de forma individual, a abandonar esta preferência e sugar o peito (Fisher & Inch, 1996), mas tal cuidado não está sempre disponível e o uso rotineiro de bicos artificiais pode reduzir as taxas globais de amamentação.

Apenas dois estudos experimentais foram identificados e ambos apresentam limitações. Cronenwett et al (1992) acompanharam 121 bebês. Eles foram alocados randomicamente em um “grupo de aleitamento materno total” (que recebeu ≤ 2 mamadeiras por semana da 2ª à 6ª semana após o parto) e um “grupo com uso planejado de mamadeira” (com uma mamadeira de leite materno ou fórmula infantil por dia, por pelo menos 5 dias por semana durante o mesmo período). Com 12 semanas após o parto, 93% do grupo de aleitamento materno total ainda estava amamentando comparados com 83% do grupo com uso planejado de mamadeira. Com 6 meses, 69% e 59% ainda estavam mamando, respectivamente. A tendência mostrada poderia ter se tornado significativa se o tamanho da amostra fosse maior. Houve alguma sugestão de uma dose-resposta, com a amamentação sendo mais propensa quando menos mamadeiras fossem usadas.

Foram dadas mamadeiras em um Hospital para 76% dos bebês sem alocação a nenhum grupo. A análise com regressão logística múltipla mostrou que 30% de todas as mães cujos bebês receberam mamadeiras

no hospital tiveram problemas graves de amamentação, comparados com apenas 14% daquelas cujos bebês não receberam mamadeiras ($p=0,05$).

Schubiger et al (1997), em um estudo multicêntrico na Suíça, randomizaram 602 mães e bebês durante sua estada no hospital, alocaram em dois grupos: um de intervenções onde as crianças recebiam suplementos apenas quando clinicamente indicados, administrados por copinho, sem nenhum bicos artificiais, ou para um grupo controle. Aos 6 meses, nenhuma diferença na prevalência da amamentação foi encontrada entre os dois grupos (57% versus 55% respectivamente). Várias limitações metodológicas maiores (vide Tabela 9.1) reduzem a validade interna do estudo. Por exemplo, as mães não estavam em quartos diferentes, tornando a contaminação provável, e uma grande proporção no grupo intervenção (46%) não obedeceu à orientação recebida.

Jones (1994), em um pequeno estudo no Reino Unido, descobriu que bebês prematuros, alimentados com copinhos quando suas mães não estavam presentes para amamentá-los, mais provavelmente continuavam a mamar do que aqueles alimentados por mamadeiras.

Lang, Lawrence & Orme (1994) observaram padrões subseqüentes de alimentação de 85 bebês alimentados com copinho no hospital. Os bebês teriam sido, de outra maneira, alimentados com mamadeiras, devido a doenças ou prematuridade. Eles foram comparados com 372 bebês (365 mães) que não foram alimentados com copinho mas que a intenção das mães era de amamentar. Ambos os grupos tinham características demográficas, socioeconômicas e pós-natal similares. No momento da alta, 81% dos bebês alimentados com copinho e 63% dos bebês não alimentados com copinho eram exclusivamente amamentados, enquanto 5% dos que foram alimentados com copinho, e 17% dos que não foram alimentados com copinho eram alimentados somente com mamadeira. Segundo os autores reconheceram, a natureza do estudo não pode propor uma relação de causa e efeito, mas sugere que uma alimentação com copinho pode prevenir o uso de mamadeiras e ajudar o estabelecimento da amamentação.

9.4 O efeito das chupetas no aleitamento materno.

As chupetas são geralmente usadas para acalmar o bebê sem lhes dar uma alimentação, e bebês que usam chupetas podem ser amamentados menos vezes por dia (Victoria et al, 1997). Quando a estimulação do peito e a remoção do leite são diminuídas, a produção do leite diminui, o que pode levar ao término antecipado da amamentação.

Righard & Alade (1997) reanalisaram os resultados de um estudo prévio sobre a técnica de sucção (vide Passo 5) e o uso da chupeta. Oitenta e dois (82) bebês nascidos a termo amamentados de maneira total foram incluídos e acompanhados por telefone, com 2 semanas e 1, 2, 3 e 4 meses após o parto. A maioria dos que usavam chupeta (94%) iniciou o uso anterior da 2ª semana após o parto e antes que quaisquer problemas de amamentação aparecessem. Problemas com amamentação foram mais comuns entre mães que ofereciam chupetas aos seus bebês mais que 2 horas por dia (83%), que entre aquelas que ofereciam chupetas ocasionalmente ou nunca (53%, $p < 0,05$). Bebês que não usavam chupetas estavam mais propensos a serem amamentados com 4 meses do que as usavam (91% versus 44%, $p=0,03$).

Bebês que usavam a chupeta e que receberam alta apresentando uma técnica incorreta de sucção, tiveram uma menor probabilidade de ser amamentados aos 4 meses do que aqueles que no momento da alta apresentavam uma técnica correta de sucção (7% comparados com 59%). Entre os não usuários não houve diferença significativa aos quatro meses tanto nos bebês que tinham técnicas corretas quanto nos com técnicas incorretas de sucção no momento da alta (90% e 82% respectivamente

ainda estavam sendo amamentados). Desta maneira, o uso da chupeta parece compor e aumentar um problema com sucção que poderia, do contrário, ser superado.

Houve três estudos sobre o uso de chupetas no Brasil (Victora et al, 1993; Barros et al, 1995a; Victora et al, 1997). Victora et al (1993) constataram que de 249 crianças que ainda mamavam com um mês de idade, 72% das que usavam chupetas em “tempo integral”, e 59% das que usavam em “tempo parcial” interromperam a amamentação com 6 meses, comparadas com somente 24% das que não usavam chupetas de maneira alguma ($p < 0,001$). Isso sugere uma possível dose-resposta. As diferenças permaneceram significativas após o controle de fatores de confusão.

Barros et al (1995a) acompanharam 605 bebês do nascimento aos 6 meses. Com 1 mês de idade, 23% eram usuários freqüentes (usavam chupetas durante todo o dia e à noite) e 32% eram usuários em tempo parcial. Com 4 meses, **significativamente maior número de não usuários eram amamentados de forma exclusiva (45%)** do que usuários freqüentes (17%) ou usuários parciais (26%) ($p < 0,001$).

Os usuários de chupetas tiveram 4 vezes maior probabilidade de interromper a amamentação entre 1 e 6 meses de idade do que os não usuários (risco relativo 3,84, 95% IC 2,68 – 5,50; $p < 0,001$). Mesmo após o ajuste de potenciais fatores de confusão tais como a percepção de leite insuficiente, a recusa do bebê ao peito, e introdução de outros alimentos, o risco ajustado permaneceu alto (razão de chance 2,87, 95% IC 1,97 – 4,19) e significativo ($p < 0,001$).

Em uma combinação de estudos epidemiológicos e etnográficos, Victora et al (1997) visitaram 650 mães e bebês logo após o nascimento e com 1, 3 e 6 meses, e uma subamostra ($n = 80$) foi visitada 3 a 10 vezes (média 4,5) para conduzir entrevistas em profundidade e fazer observações diretas. Quase metade das mães levava chupetas para o hospital e com 1 mês, 85% dos bebês as estavam usando, mas mudanças nos padrões foram comuns entre 1 e 3 meses. Os 450 bebês que estavam sendo amamentados com 1 mês e cujas mães não relataram problemas com o aleitamento materno, foram analisados separadamente. O padrão do uso da chupeta com 1 mês de idade foi fortemente associado ($p < 0,001$) com a duração do aleitamento materno: não usuários tiveram 4 vezes mais probabilidade de continuar a amamentação com 6 meses do que os usuários em tempo integral. Após uma análise multivariada, o risco bruto de interromper o aleitamento materno entre 1 e 6 meses foi alto com o uso de leite não humano (4,32, 95% IC 3,31 – 5,64) ou o uso em tempo integral de chupeta (4,02, 95% IC 2,46 – 6,56) com 1 mês. Mesmo após o controle para potenciais fatores de confusão (incluindo a opinião materna sobre a influência das chupetas na amamentação) o risco permaneceu alto quando se usou leite não-humano (4,14, 3,09 – 5,54) ou usou chupeta em tempo integral (2,37, 1,40 – 4,01), e os efeitos foram independentes.

O estudo etnográfico mostrou que o uso da chupeta é visto como um comportamento normal e desejável. Mães que davam chupetas a seus bebês mais intensamente, eram também as que exerciam um controle mais forte no comportamento da amamentação do bebê, tinham expectativas maiores sobre aspectos objetivos do crescimento e desenvolvimento dos bebês, e tinham reações ansiosas em relação ao choro da criança. Análises posteriores mostraram que elas pareciam preocupadas com o seu meio social e mais sensíveis à crítica social, sugerindo uma falta de autoconfiança. Os autores concluíram que as chupetas podem, com freqüência, ser usadas como um mecanismo para diminuir e espaçar as mamadas, particularmente por mães com dificuldade de amamentar e com falta de auto confiança. Mães que se sentem confiantes em relação à amamentação parecem ser menos afetadas pelo uso da chupeta. Os resultados também sugerem que as chupetas podem interferir na fisiologia da lactação, mas o seu uso pode ser um marcador do desejo de interromper mais cedo o aleitamento materno ao invés da causa da descontinuidade. Se isto é assim, então as mães, podem precisar de um apoio e aconselhamento adicional para ajudá-las a continuar a amamentação, e sem isso, campanhas educacionais visando diminuir o uso de chupetas estão propensas a falhar.

9.5 Outras efeitos dos bicos artificiais e das chupetas

Há vários resultados a curto e longo prazos associados com o uso de bicos artificiais e chupetas na infância. Bicos artificiais alteram os padrões de respiração e de sucção do bebê, quer seja dada fórmula láctea ou leite materno ordenhado (Mathew & Bhatia, 1989). A expiração é prolongada, e a frequência da respiração e a saturação do oxigênio são reduzido com o uso da mamadeira, quando comparada com a amamentação.

Meier (1988) percebeu que bebês prematuros alimentados por mamadeira mostravam mais sinais de estresse, com pressão parcial de oxigênio transcutânea (pO_2) mais baixa, comparados com bebês que eram amamentados sugerindo que a prática de “ensinar” um bebê a ser alimentado com mamadeira antes de começar a mamar no peito é inapropriada.

Mudanças na cavidade oral também foram relatadas. Em bebês mais velhos a forma rampante de cárie da primeira dentição, conhecidas como cáries de alimentação, ou “cárie de mamadeira”, é mais frequentemente encontrada com o uso de mamadeiras ou chupetas (Milnes, 1996).

A má oclusão dental tem sido mais comum em bebês alimentados com mamadeiras, sendo o efeito maior com a exposição mais longa. Labbok & Hendershot (1987) encontraram em um estudo retrospectivo de coorte com mais de 9000 sujeitos, que crianças entre 3 e 17 anos que tinham sido alimentadas com mamadeiras, tiveram 1,84 vezes maior risco de má oclusão do que crianças que foram amamentadas ao peito. A maior parte dos estudos comparativos identificados em uma revisão de literatura (Drane, 1996) encontrou uma maior probabilidade de má oclusão quando foram usados bicos artificiais ou chupetas. Essas descobertas podem ser explicadas por um relatório de Inoue, Sakashita & Kamegai (1995), que descobriram que a atividade do músculo masseter, registrada por eletromiografia, foi significativamente menor em bebês de 2 a 6 meses alimentados com mamadeiras do que em bebês da mesma idade, amamentados. O masseter é o principal músculo envolvido na mastigação.

Um aumento na incidência de otites médias agudas e recorrentes, e suas seqüelas, encontra-se tanto na alimentação com mamadeira (Williamson, Dunleavey & Robinson, 1994) como no uso de chupeta (Niemelä, Uhari & Möttönen, 1995). Timpanogramas anormais de crianças de 7 a 24 meses, alimentados com mamadeiras na posição supina (Tully, Bar-Haim & Bradley, 1995) sugerem uma alteração na dinâmica de pressão do ouvido médio. Os autores sugerem que o efeito deve-se a uma disfunção na Trompa de Eustáquio e ao refluxo do líquido para o ouvido médio.

Outros possíveis perigos incluem um aumento na incidência de infecção por *Cândida* oral (Manning, Coughlin & Poskitt, 1985; Sio et al, 1987); o uso de materiais potencialmente carcinogênicos na fabricação de bicos e chupetas (Westin, 1990); e a possibilidade de sufocação com as peças separadas de borracha.

9.6 Conclusões

Existe evidência crescente de que o uso de bicos artificiais e chupetas está associado ao término precoce do aleitamento materno, bem como a outros problemas. Vários estudos mostram os efeitos do uso dos bicos artificiais e chupetas somente após o período perinatal. No entanto, o uso de bicos e chupetas nas maternidades leva a crer que os profissionais de saúde os consideram seguros, tornando os pais mais propensos a continuarem ou iniciarem o seu uso. Está prática, deve ser minimizada e abolida, se possível, para evitar que sejam transmitidas mensagens conflituosas às famílias. As chupetas não devem ser, de forma alguma, consideradas necessárias na maternidade.

As evidências para o Passo 9 precisam ser consideradas juntamente com aquelas para o Passo 6, no que se refere a refeições suplementares. Os suplementos são geralmente oferecidos através de mamadeiras, e é difícil separar o efeito do bico artificial do efeito dos conteúdos da mamadeira, que podem encher o estômago do bebê e reduzir seu desejo de mamar. No entanto, as vantagens aparentes da alimentação com copinho sugerem que o bico tem um efeito independente no aleitamento materno.

Apesar de que, com uma ajuda suficientemente qualificada, as dificuldades em fazer com que um bebê alimentado por mamadeira pegue o peito possam ser superadas, esta ajuda geralmente não está disponível. Os bebês não devem ser desnecessariamente expostos ao risco de necessitar esta ajuda. A alimentação com copinho deve ser usada de preferência, ao invés de mamadeiras com bicos artificiais para alimentar bebês que serão posteriormente amamentados, ou quando a adequada esterilização é difícil.

Mesmo se o uso das chupetas e das mamadeiras for um marcador das dificuldades de amamentação, e também uma causa para elas, a conclusão é a mesma: profissionais de saúde devem ser mais qualificados para que estejam capacitados a fornecer a ajuda apropriada (vide Passo 2 e Passo 6), tanto com as técnicas de amamentação como para aumentar a auto confiança da mãe.

Passo	Objetivo	Atividade	Indicador
1	Identificar a mãe e o bebê.	Realizar o contato inicial com a mãe e o bebê.	Nome da mãe e do bebê.
2	Identificar as dificuldades de amamentação.	Observar a amamentação e conversar com a mãe.	Identificação das dificuldades.
3	Identificar as causas das dificuldades de amamentação.	Observar a amamentação e conversar com a mãe.	Identificação das causas.
4	Identificar as necessidades da mãe e do bebê.	Observar a amamentação e conversar com a mãe.	Identificação das necessidades.
5	Identificar as estratégias para superar as dificuldades de amamentação.	Observar a amamentação e conversar com a mãe.	Identificação das estratégias.
6	Identificar as técnicas de amamentação.	Observar a amamentação e conversar com a mãe.	Identificação das técnicas.
7	Identificar as estratégias para aumentar a auto confiança da mãe.	Observar a amamentação e conversar com a mãe.	Identificação das estratégias.
8	Identificar as estratégias para aumentar a auto confiança da mãe.	Observar a amamentação e conversar com a mãe.	Identificação das estratégias.
9	Identificar as estratégias para aumentar a auto confiança da mãe.	Observar a amamentação e conversar com a mãe.	Identificação das estratégias.

Tabela 9.1 RESULTADOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS: USO DE MAMADEIRAS

Estudo (Limitações Metodológi- cas)	Características da População	Controle/intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Cronenwell 92 (E.U.A)	Primíparas brancas, que freqüentaram aulas no pré- natal, planejavam amamentar, apoiadas por consultores em aleitamento materno, acompanhadas pelo telefone	Contr: mães dariam, tanto quanto possível, uma mamadeira de leite materno ou fórmula infantil por dia, pelo menos 5 dias/semana Interv.: mães dariam, na medida do possível, não mais do que 2 mamadeiras/ semana Ambos: mamadeiras irrestritas por até 2 semanas	Contr.: 63 Interv.: 58 n= 121	9,4 mamadeiras ^a administradas na 6ª semana 52 (83%) ainda AM com 12 semanas	2 mamadeiras ^a administradas na 6ª semana 54 (93%) ainda praticavam o AM com 12 semanas	Bebês, aos quais foram oferecidas 2 mamadeiras estavam menos propensos a interromperem o AM com 12 semanas do que os bebês que receberam 9 mamadeiras (não significativo)
Schubiger 97 (Suíça) [1,2,3]	Mães que planejavam ficar no hospital por 5 dias, planejavam amamentar ≥ 3 meses, com bebês saudáveis a termo, 10 hospitais com programas de AM funcionando e normas de restrição ao uso da fórmula infantil	Contr: mamadeiras e chupetas oferecidas a todos os bebês sem restrição Interv.: solução de maltose- dextrina (MD), dada em copinhos ou colherinha sob indicação médica, bicos artificiais proibidos (Passos 6 + 9); 114 mães não seguiram completamente devido ao uso de chupetas (70), uso de mamadeiras (19), falha ao alimentar com copinho/colherinha (9) e outras razões (16).	Contr.: 291 Interv.: 180 n= 471	7,3 (0-24) alimentações de MD oferecidas durante os primeiros 5 dias* 55% ainda praticavam o AM com 6 meses 69-76% usavam chupetas com 2 e 4 meses	6,1 (0-18) alimentações de MD oferecidas durante os primeiros 5 dias* 57% ainda praticavam o AM com 6 meses 69-76% usavam chupetas com 2 e 4 meses	O uso de bicos artificiais no hospital não aumentou a tendência à parada do AM com 6 meses.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

^a: Dados obtidos de números

AM: Aleitamento Materno

MD: maltose-dextrina

Tabela 9.2 ESTUDO LONGITUDINAL UTILIZANDO COPINHOS

Estudo	População	Amostra	Exposição	Resultados		Conclusão
				Expostos	Não-Expostos	
Lang 94 (Inglaterra)	Bebês a termo e prematuros (< 28 a 36 semanas) cujas mães planejavam amamentá-los mas estavam em situações onde o AM não era possível	Exp.: 76 Não-exp.: 372 n= 448	Uso de copinhos (outros tomaram mamadeiras)	62 (81%) AM exclusivo no momento da alta	231 (63%) AM exclusivo no momento da alta	Alimentação com copinhos associada ao aumento da probabilidade de praticar o AM exclusivo no momento da alta

MD: maltose-dextrina

AM: Aleitamento Materno

APQ DE CARIÓTIPO
LAPINA D. A. ESTUDO LONGITUDINAL DE 65 INFANTES COM INIBIÇÃO DE AM E INIBIÇÃO DE AM

Tabela 9.3 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS LONGITUDINAIS E TRANSVERSAIS
USO DE CHUPETAS

Estudo	População	Amostra	Exposição	Resultados		Conclusão
				Expostos	Não-Expostos	
Victoria 93 (Brasil)	Todas as mães com crianças menores de 2 anos vivendo em áreas de periferia urbanas pobres; bebês ainda sendo amamentados no 1º mês; informação completa disponível	Exp. I: 119 Não-Exp.: 67 n= 186	Uso de chupetas com 1 mês	77 (65%) pararam a amamentação com 6 meses*** Razão de risco ajustado: 3,0 (95% IC 1,9-4,6)	16 (24%) pararam a amamentação com 6 meses Razão de risco ajustado: 1,0	Uso da chupeta associado ao aumento do risco de parar de amamentar aos 6 meses
Barros 95 (Brasil)	Recém-nascidos saudáveis filhos de mães urbanas de baixa renda que praticaram o AC ainda eram amamentados com 1 mês. 85,5% foram acompanhados com visitas domiciliares por 6 meses.	Exp. I: 104 Exp. II: 159 Não-exp.: 242 n= 505	Uso de chupetas com 1 mês: Exp. I: todo o dia e à noite Exp. II: uso parcial	Exp. I: 18 (17%) *** Exp. II: 42 (26%) *** RR bruta para a parada do AM com 1 a 6 meses: 3,84 *** (95% IC 2,68-5,50) RR = 2,87 *** (regr cox)	108 (45%)*** RR = 1,00 ***	Uso da chupeta associado ao aumento do risco de parar o AM entre 1 e 6 meses
Victoria 97 (Brasil)	Mães de baixa renda de uma cidade de médio porte no sul do Brasil, não relataram dificuldades na amamentação e ainda estão amamentando com 1 mês	Exp. I: 46 Exp. II: 323 Não-exp.: 81 n= 450	Uso de chupetas com 1 mês: Exp. I: todo o dia e à noite Exp. II: uso parcial	Exp. I: 16% ainda AM aos 6 meses *** (RC para parar de amamentar aos 6 meses= 2,37 95% IC 1,4-4,01 Exp. II: 40% ainda AM aos 6 meses *** RC= 1,74, 9,5% IC 1,15 - 2,63	65% ainda AM aos 6 meses *** (RC=1)	Uso da chupeta associado a um maior risco de parar de amamentar aos 3 e 6 meses; mais propensos a afetar mães menos auto-confiantes
Righard 97 (Suécia)	Mães praticando o AM total, bebês saudáveis e a termo. Acompanhadas por telefone por 4 meses após o parto.	Exp.: 48 Não-exp.: 34 N= 82	Uso de chupetas > 2 horas/dia após a alta Uso limitado de chupetas (2h/dia (n=24)	20/24 (83%) dos usuários relataram intensos problemas com o AM* 21/48 (44%) ainda amamentavam com 4 meses**; 59% se as técnicas estivessem corretas e 7% quando incorretas*	31/58 (53%) relataram problemas com o AM* 31/34 (91%) ainda amamentavam com 4 meses **; 96% se as técnicas estivessem corretas e 82% quando incorretas	Os usuários de chupeta estão mais propensos a pararem o AM antes de 4 meses, probabilidade aumentada se a técnica de sucção não estiver correta no momento da alta

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001

AM: Aleitamento Materno

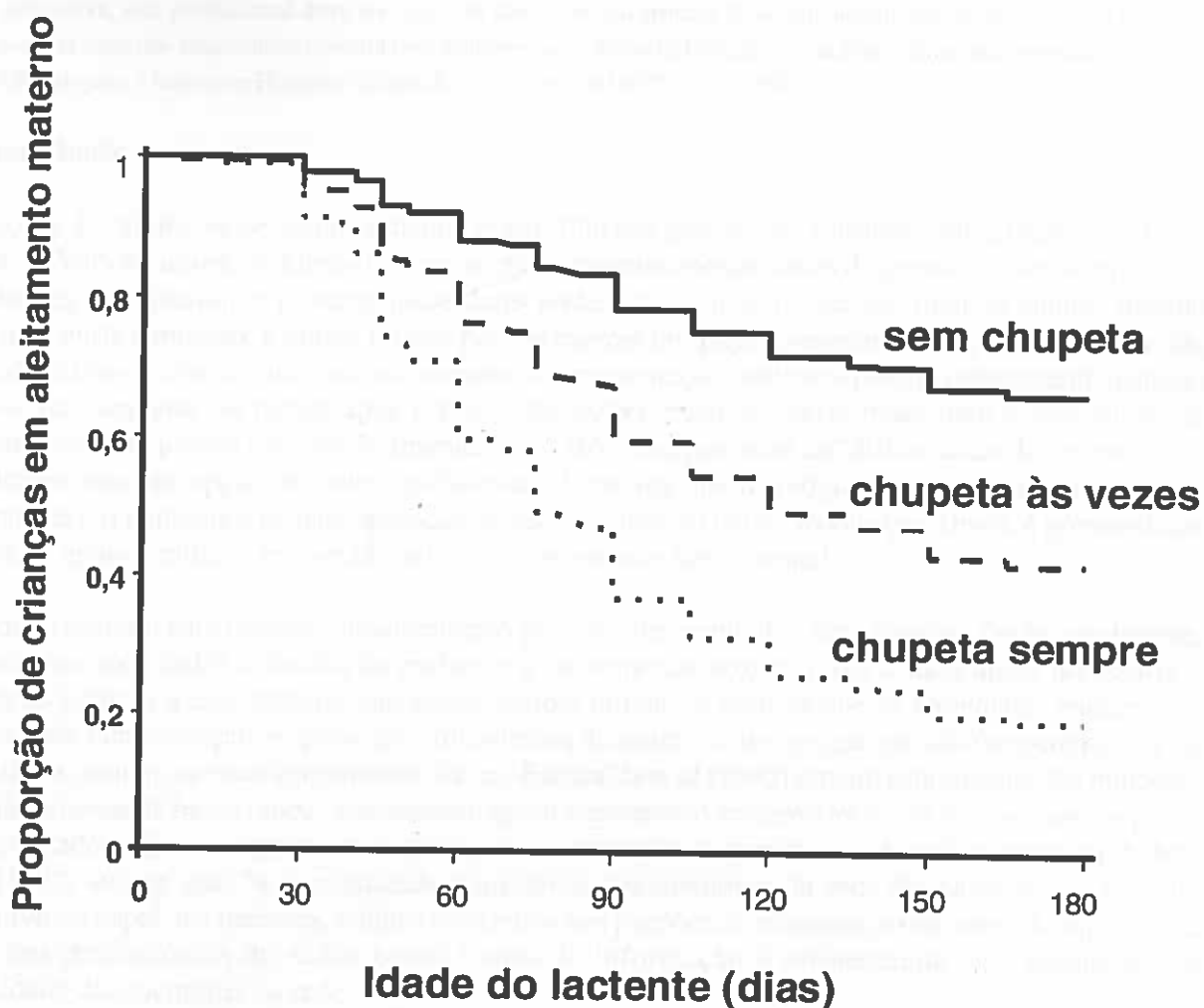
RC: Razão de Chance

AC: Alojamento conjunto

RR : Risco Relativo
Reg.Cox: Regressão Cox

Paso 9 - Bicos e chupetas

Proporção de lactentes amamentados até os 6 meses, segundo a freqüência do uso de chupetas por mês de idade



“Sem chupeta” vs. “chupeta às vezes”: $p < 0.001$

“Sem chupeta” vs. “chupeta sempre”: $p < 0.001$

Fonte: Victora CG et al (1997) Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence?

Reproduzido com autorização de *Pediatrics*, 99, pág. 445-453, copyright 1997

PASSO 10

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

Mães que estão amamentando devem ser indagadas a respeito de seus planos para a alimentação de seus filhos após a alta hospitalar. Devem ser capazes de descrever alguma recomendação para assegurar sua ligação ao grupo de suporte ao aleitamento materno (se apoio adequado não estiver disponível em suas próprias famílias) ou relatar que o hospital irá fornecer um acompanhamento de suporte ao aleitamento, se necessário.

A enfermeira responsável pela enfermagem da maternidade deve ter conhecimento de todos os grupos de apoio ao aleitamento materno existentes na área se houver algum, e descrever um modo de encaminhamento das mães. De forma alternativa, esse profissional deve ser capaz de descrever um sistema de acompanhamento de apoio após a alta para todas as mães que amamentam (consulta pós-natal precoce, clínica de lactação visitas domiciliares, telefonemas). (Critérios Globais para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança da OMS/UNICEF, 1992).

10.2 - Introdução

As intenções das mulheres de como alimentar o seu filho são geralmente formadas antes mesmo do parto (Seção 3.3). Vários fatores, incluindo normas sociais presentes mesmo antes da gravidez, são os principais determinantes. No entanto, as práticas hospitalares podem influenciar na decisão final da mulher, mesmo durante uma curta admissão, e outros fatores podem exercer um papel importante após a mãe receber alta hospitalar. Há com frequência um declínio abrupto na amamentação, particularmente o aleitamento materno exclusivo, nas semanas ou meses após o parto. As razões relatadas pelas mães para a introdução de suplementos ou para parada precoce da amamentação são principalmente as “dificuldades de amamentar”, em particular uma percepção de “leite insuficiente”. Uma vez que fisiologicamente, a maioria das mães podem produzir quantidades de leite ajustadas às necessidades do bebê (Woolridge, 1996), é provável que uma falta de apoio contínuo apropriado seja um fator comum fundamental.

Um suporte contínuo para manter a amamentação pode ser fornecido de várias formas. Tradicionalmente, na maioria das sociedades a família da mulher e a comunidade próxima dão à ela a ajuda necessária – ainda que as práticas a esse respeito não sejam sempre ótimas. À medida que as sociedades mudam, em particular com a urbanização, o apoio dos profissionais de saúde, ou de amigas que são também mães e do pai da criança, tornam-se mais importantes. Perez-Escamilla et al (1993) em um estudo com 165 mulheres mexicanas urbanas de baixa renda, descobriram que o aleitamento materno total, até 4 meses após o parto, estava associado de forma consistente com o apoio e aprovação do parceiro ou da avó materna dos bebês. Bryant (1982) sugere que “a proximidade geográfica dos membros da rede de saúde tem um efeito significativo no papel dos parentes, amigos e vizinhos nos padrões de alimentação do bebê. A importância relativa dos profissionais de saúde como fontes de informação é influenciada pela localização e acessibilidade dos membros da rede”.

Em alguns países, como por exemplo na Escandinávia, grupos de apoio de mãe para mãe têm sido os principais responsáveis pela promoção do aleitamento materno. Em outros países, tais grupos dificilmente existem e podem não ser apropriados. Este passo é então interpretado para incluir todas as formas de apoio contínuo que possam estar disponíveis ou que possam ser desenvolvidas.

Tanto em países industrializados como em desenvolvimento, os profissionais de saúde têm dificuldade em fornecer um acompanhamento adequado, e as mães podem relutar em procurar ajuda no serviço de saúde formal se surgirem dificuldades na amamentação. Desta forma, há uma necessidade de envolver a comunidade no fornecimento de apoio adequado.

10.3 - O efeito do apoio após a alta no aleitamento materno: serviços de saúde

Treze (13) estudos randomizados ou comparativos controlados foram identificados, os quais mediram o efeito na amamentação, do apoio precoce após a alta (com ou sem outras intervenções) através dos serviços de saúde. Oito (8) dos estudos relataram diferenças significativas nos resultados, medidas entre 4 semanas e 6 meses após o nascimento (Houston et al, 1981; Saner et al, 1985; Jones & West, 1986; Frank et al, 1987; Jenner, 1988; Sounders & Carrol, 1988, Neyzi et al, 1991a e 1991b), 1 relatou importância limitada (Bloom et al, 1982b, $p = 0,05$), e 4 não relataram efeitos (Hall, 1978; Grossman, Harter & Kay, 1987; Grossman et al, 1990; Chung – Hey, 1993).

Houston et al (1981) estudaram o apoio pós-natal na Escócia. O grupo controle recebeu uma média de 2,7 visitas domiciliares de rotina pelos profissionais de saúde. O grupo intervenção recebeu também uma visita adicional na enfermaria pós-natal e uma média de 11,5 visitas domiciliares em 24 semanas, e também um número de telefone de contato em caso de dificuldades. O grupo intervenção esteve significativamente mais propenso à amamentação com 12 e 20 semanas.

Jones & West (1986) em Gales, alocaram mães que tentavam amamentar para um grupo intervenção ($n = 228$) ou controle ($n = 355$). O grupo intervenção recebeu a visita de uma enfermeira de lactação no hospital e em casa um número de vezes não especificado. Qualquer tipo de aleitamento materno com 4 semanas era mais freqüente no grupo intervenção ($p < 0,005$), em particular nos grupos socioeconômicos de baixa renda.

Frank et al (1987) avaliaram nos Estados Unidos 2 intervenções, apoio pós-natal e brindes distribuídos no momento da alta (vide Passo 6). Os dois grupos participaram de uma sessão de 20 a 40 minutos com um conselheiro de amamentação no hospital e receberam 8 telefonemas. Dois outros grupos que receberam contatos rotineiros com enfermeiras no pós-parto, e uma sessão de educação antes da alta com algum conteúdo sobre aleitamento materno. O aleitamento materno total com 2 meses e qualquer aleitamento materno com 3 meses foram significativamente mais prováveis nos grupos que receberam aconselhamento extra.

Em Bangladesh, um estudo randomizado controlado de bebês com até 12 semanas mediu o efeito de aconselhamento sobre amamentação em um hospital de doenças diarreicas (Haider et al, 1996). Os conselheiros foram treinados utilizando o curso de 40 horas da OMS/UNICEF *Aconselhamento para Amamentação: um curso de treinamento* (OMS, 1993). As mães de 250 bebês parcialmente amamentados internados para o tratamento de diarreia foram distribuídas ao acaso para receber, três sessões de aconselhamento individual, duas no hospital e uma em casa uma semana depois (grupo intervenção); ou educação para a saúde de rotina, no hospital (grupo controle). Duas semanas mais tarde, 75% dos bebês no grupo intervenção estavam amamentando de maneira exclusiva no peito comparados com apenas 8% no grupo controle ($p < 0,001$).

Um estudo coorte no Brasil enfocou o aconselhamento em amamentação em estabelecimentos de saúde. Barros et al (1995b) acompanharam 605 mães e bebês brasileiros, de classe média e baixa, até 6 meses de idade. Bebês que compareceram aos centros de lactação (73% foram três vezes ou mais) estavam mais propensos a serem amamentados de maneira exclusiva aos 4 meses de vida do que os bebês que não compareceram com 4 meses (43% versus 18% respectivamente) ocorrendo o mesmo aos 6 meses (15% versus 6%). Os que compareceram também apresentavam menos episódios de doenças, e melhor ganho de peso do os que não compareceram.

10.4 – Efeito do apoio após alta aleitamento materno após a alta hospitalar : Grupos de mães orientadoras

Poucos estudos sobre grupos de mães foram publicados. Um estudo transversal (Meara, 1976), conduzido nos EUA, mostrou que mães afiliadas à La Leche League (LLL) estavam mais propensas a aderirem ao aleitamento materno sob livre demanda no hospital do que as mães não afiliadas (60% versus 29% respectivamente) e também a adiarem a introdução de alimentos sólidos até 4 a 6 meses (87% versus 31% respectivamente). No entanto, o efeito do apoio de mãe para mãe não pode ser avaliado devido ao efeito inevitável de auto-seleção.

Um estudo na Guatemala (Maza et al, documento não publicado, 1997) mostrou que as atividades de promoção de aleitamento materno de mãe para mãe da LLL na Guatemala, e os projetos de apoio em áreas de periferia urbanas se mantiveram mesmo após o término do financiamento. Os conselheiros em aleitamento materno forneceram apoio individual e em grupo, e pareceram eficazes para ajudar as mães de forma individual. Entretanto, como reconhecido pelos autores, apenas 30% da população alvo (gestantes, mães de crianças menores de 24 meses e outras mulheres em idade fértil) sabiam da existência de grupos de apoio ao aleitamento materno, e apenas 37% delas haviam comparecido alguma vez a um desses grupos.

10.5 – Efeito do apoio após a alta no aleitamento materno: Mulheres orientadoras na comunidade

Até o momento, nove estudos avaliaram o efeito do apoio ao aleitamento materno por mulheres orientadoras ou promotores de saúde, algumas vezes juntamente com profissionais de saúde (Burkhalter & Marin, 1991; R Lundgren et al, documento não publicado, 1992; Kistin, Abramson & Dublin, 1994; Mongeon & Allard, 1995; Long et al, 1995; Alvarado et al, 1996; Davies-Adetugbo, 1996; AL Morrow et al, documento não publicado, 1996; Leite et al, 1998). Todos os estudos exceto um (Mongeon & Allard, 1995), relataram um aumento no aleitamento exclusivo ou parcial, medido até os 6 meses de idade.

Burkhalter & Marin (1991) estudaram 3 grupos de mães chilenas suburbanas de diferentes classes socioeconômicas, 1 grupo antes e 2 grupos após a intervenção. Os grupos intervenção receberam apoio pré e pós-natal, mas os autores consideraram o apoio pós-natal como o mais importante. O apoio consistia em um acompanhamento mensal na clínica de bebês saudáveis com protocolos específicos para mães que pretendiam iniciar a alimentação com mamadeira, 8 visitas domiciliares de um membro da equipe do programa, encorajamento de grupo de gestantes e visitas adicionais semanais quando surgiam dificuldades. Com 6 meses, os grupos intervenção apresentavam taxas de aleitamento total significativamente mais elevadas ($p < 0,001$).

Davies-Adetugbo (1996) avaliou um programa de educação para a saúde de base comunitário na Nigéria e que incluía a exposição de mães a cartazes e folhetos sobre aleitamento materno, palestras em clínicas e em casa, e aconselhamento pessoa a pessoa por trabalhadores comunitários de saúde treinados. O aleitamento materno total com 4 meses foi significativamente mais freqüente no grupo intervenção (40%, 30%, 50%) do que entre os do controle (14%, 8%, 21%).

Um estudo do México (AL Morrow et al, documento não publicado, 1996) registrou que mães que recebiam 6 visitas domiciliares por conselheiros leigos treinados (*promotoras*) eram significativamente mais propensas a amamentar exclusivamente aos 3 meses (72%), do que as que recebiam 3 visitas domiciliares dos mesmos conselheiros (50%, $p < 0,001$). Ambos os grupos foram significativamente mais propensos a amamentar exclusivamente aos 3 meses do que um grupo controle concorrente (7%, $p < 0,001$).

Em uma breve comunicação, Fukumoto & Creed (1994) relataram que um programa comunitário no Peru, que incluía educação pré e pós-natal, aumentou o número de bebês de 2 a 4 meses amamentados de forma exclusiva. O efeito da educação deveu-se a uma redução no uso de chás de ervas e água, mas não houve mudança no número de mulheres que usavam outros tipos de leite, o que sugere que a confiança das mães no seu leite foi aumentada de modo insuficiente pela intervenção.

Resultados preliminares de um estudo controlado em Fortaleza, Brasil (Leite et al, 1998), indicaram que os conselheiros comunitários podem aumentar taxas predominantes de aleitamento com 1 mês. As mães e seus bebês, cujo peso médio ao nascer era 2.690g (variação 1.770 - 2.900g), foram alocados ao acaso para um grupo intervenção (n=385), visitadas mães orientadoras três vezes durante o primeiro mês após o parto (grupo intervenção), ou para um grupo controle (n=455). No primeiro mês após o parto, mães no grupo intervenção estavam mais propensas a amamentar de modo predominante (65%) do que as do grupo controle (51%).

10.6 – Conclusões

Um número de diferentes tipos de apoio pós-natal ao aleitamento materno parece ser efetivo para manter o aleitamento materno até os 3-4 meses, e em um estudo até os 6 meses. Isto é provavelmente vantajoso se o apoio começar antes da alta da maternidade, para permitir às mães estabelecerem o aleitamento materno, e prevenir dificuldades. É provável que uma combinação de apoio pré-natal no hospital e após a alta atue sinergicamente. Os familiares mais próximos da mãe, especialmente seu parceiro e as avós do bebê, e amigas próximas devem ser envolvidos, já que podem ter uma importante influência nas práticas do aleitamento materno.

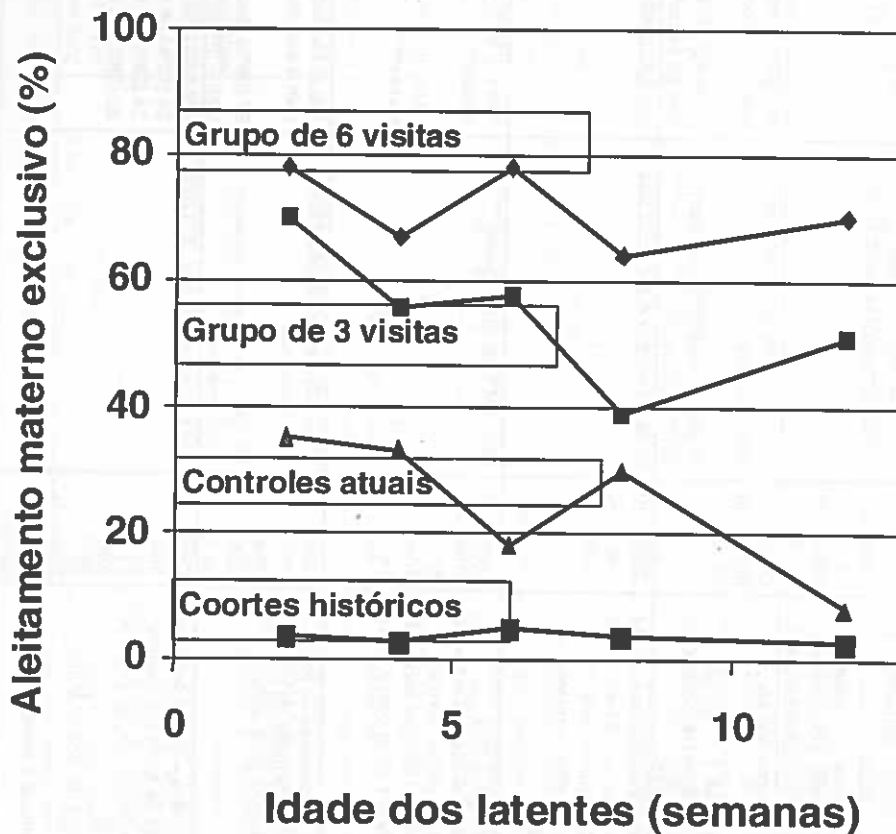
Não é possível dizer quantas horas de apoio são necessárias para atingir um resultado em particular, embora estudos pareçam indicar que contatos mais freqüentes podem surtir mais efeitos.

Também não está claro exatamente que tipo de intervenção é mais efetiva. Aconselhamentos individualizado e ajuda centrada em dificuldades específicas ou em crises de auto confiança da mãe podem ser mais úteis. Telefonemas não parecem ser por si só muito efetivos.

Há uma necessidade urgente de explorar mais o potencial de grupos de apoio comunitários e de conselheiros. Eles podem ser mais capazes de fornecer ajuda individual freqüente que as mães necessitam para aumentar sua auto confiança e superar dificuldades, do que os serviços de saúde formal. Possivelmente a combinação do apoio diário da comunidade, juntamente com uma ajuda mais especializada dos serviços de saúde quando a necessidade aparece, pode ser mais efetiva do que qualquer apoio realizado isoladamente.

Passo 10 - Apoio contínuo

Comparação do percentual de mães que praticaram o AM exclusivo com seus bebês, durante a semana anterior, em grupos intervenção (3 e 6 visitas) e grupos controle



Grupos intervenção de 3 e 6 visitas vs. controles concorrentes: $p < 0,001$

Grupos de 6 visitas vs. grupos de 3 visitas: $p < 0,001$

Controles concorrentes vs. controles históricos: $p < 0,001$

Fonte: Morrow et al (1996) The effectiveness of home-based counseling to promote exclusive breastfeeding among Mexican mothers. IN: Exclusive breastfeeding promotion: a summary of findings from EPB's applied research program (1992-1996). Wellstart International's Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB) Program (documento não publicado).

Tabela 10.1 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS
APOIO CONTÍNUO – SERVIÇOS DE SAÚDE

Estudo (Limitações Metodológicas)	Características da População	Controle/Intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Hall 78 (E.U.A)	Mães casadas, de classe média, amamentando pela primeira vez	Contr. I: cuidado de rotina de hospital com mãe e filha + panfletos Interv.: como no controle II + visitas no hospital + 2 telefonemas + conselheiro disponível por telefone caso necessário	Contr. I: 12 Contr. II: 13 Interv.: 15 n = 40	6 (50%) ainda praticavam o AM com 6 semanas no Contr. I, 13 (50%) ainda AM no Contr. I + II	12 (80%) ainda AM com 6 semanas	Aumento não significativo em qualquer AM com 6 semanas
Houston 81 (Escócia)	Mães urbanas amamentando bebês saudáveis nascidos a termo	Contr.: cuidados de rotina dos serviços comunitários Interv.: visita hospitalar + 11 visitas domiciliares + conselheiro disponível por telefone caso necessário	Contr.: 52 Interv.: 28 n = 80	40 (78%) ainda amamentavam com 12 semanas 33 (64%) ainda amamentavam com 20 semanas	28 (100%) ainda amamentavam com 12 semanas** 25 (88%) ainda amamentavam com 20 semanas*	O apoio domiciliar favoreceu (qualquer AM) com 20 semanas
Bloom 82 (Canadá) [8]	Primíparas casadas, com bebês saudáveis a termo, Apgar 5 a 5 minutos, aos partos vaginais	Contr.: panfletos sobre técnicas de AM Interv.: como no controle + 3 telefonemas por semana de 5-10 min a partir do 10º dia oferecendo conselhos + referência quando solicitada	Contr.: 49 Interv.: 50 n = 99	Duração média de AM: 21,0 dias	Duração média de AM: 28,6 dias	A duração do AM aumentou em uma semana (p=0,05)
Saner 85 (Turquia) [5,8]	Mães saudáveis de baixa renda, com bebês saudáveis a termo, com pouca informação sobre nutrição infantil	Contr.: contato com 1 mês Interv. I: 3 sessões no hospital sobre as vantagens do AM + visitas mensais Interv. II: 1 sessão no hospital sobre as vantagens do AM e 1 visita com 3 meses após o parto	Contr.: 35 Interv. I: 40 Interv. II: 14	20% AM total aos 3 meses***	Interv. I: 95% AM total com 3 meses*** Interv. II: 50% AM total com 3 meses***	AM total aumentou com a informação pós-parto sobre suas vantagens
Jones 86 (País de Gales)	Primíparas e multiparas tentando amamentar	Contr.: cuidados hospitalares de rotina Interv.: visitas da enfermeira de lactação no hospital e em casa para oferecer conselhos	Contr.: 355 Interv.: 228 n = 583	256 (72%) ainda amamentavam com 4 semanas 99 (28%) ainda amamentavam com 6 meses	192 (84%) ainda amamentavam com 4 semanas** 87 (38%) ainda amamentavam com 6 meses**	Visitas domiciliares favoreceram (qualquer AM) com 6 meses
Frank 87 (E.U.A)	Mães urbanas predominantemente de baixa-renda e não brancas que estão amamentando, recém-nascidos saudáveis	Contr.: apoio de rotina + brinde comercial Interv. I: pesquisa de apoio (no hospital + 8 telefonemas + serviço de bip 24 horas) + brinde para AM Interv. II: pesquisa de apoio + brinde comercial Int. III: apoio habitual + brinde para o AM	Contr.: 83 Interv. I: 79 Interv. II: 84 Interv. III: 78 n = 324	AM total com 2 meses: 17 (20%)	AM total com 2 meses: 34 (43%) na Int. I **, 24 (29%) na Int. II, 22 (28%) na Int. III	Apoio extra favoreceu (AM total) quando somado ao brinde para o AM no momento da alta

p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

AM : Aleitamento Materno

Tabela 10.1 (Cont.) RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS
APOIO CONTÍNUADO - SERVIÇOS DE SAÚDE

Estudo (Limitações Metodológicas)	Características da população	Controle/intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Grossman 87 (E.U.A) [1, 2, 5]	Mulheres de baixa renda que receberam cuidados pré-natal, com intenção de amamentar	Contr: assistência de rotina no hospital para o AM Interv.: aconselhamento intensivo no hospital + contato telefônico nos dias 2, 4, 7-10 e 3 a 6 semanas para apoio e aconselhamento + consulta telefônica 24 h/dia	n = 76 Grupos não especificad os	77% ainda AM com 6 semanas	73% ainda praticavam o AM com 6 semanas	Apoio pós-parto somente via telefone não foi benéfico
Jenner 88 (Inglaterra)	Primíparas casadas, brancas, de classe trabalhadora que tinham intenção de amamentar	Contr: 1 entrevista domiciliar estruturada pré- natal + visita hospitalar breve Interv.: como acima + 2 visitas domiciliares pré- natal + 2-3 visitas domiciliares + pós parto contatos telefônicos disponíveis	Contr.: 19 Interv.: 19 n= 38	4 (21%) praticavam o AM total com 3 meses	13 (68%) AM total com 3 meses**	Visitas pré e pós- natal aumentaram o AM total
Saunders 88 (E.U.A) [1, 6]	Mulheres da área rural, de baixa renda, predominantemente hispanicas inscritas em um programa de alimentação	Contr (pré-interv): cuidado de rotina Interv. I: 1 visita hospitalar + 1 telefonema com 4- 5 dias pós-parto + 1 aula de apoio com 2 sem anos Interv. II: 1 ou 2 intervenções como acima	Contr.: 75 Interv. I: 36 Interv. II: 44 n= 155	Ainda AM com 16 semanas: 35 (47%)	Ainda AM com 16 semanas: 24 (67%) na Interv. I*; 16 (37%) na Interv. II*	O apoio pós-parto combinado aumentou qualquer AM com 16 semanas
Grossman 90 (E.U.A) [4]	Mulheres de baixa renda, com intenção de praticar o AM após nascimento, com recém-nascidos saudáveis nascidos a termo	Contr: ensino de rotina antes da alta, dado pela equipe de enfermagem e obstetrícia Interv.: 1 visita hospitalar + telefonemas nos dias 2, 4 e 7-10 + 3 semanas pós-parto	Contr.: 48 Interv.: 49 n= 97	Duração média de qualquer AM: 14,8 semanas 10/44 (23%) ainda AM aos 6 meses	Duração média de qualquer AM: 8 semanas 42/49 (86%) ainda praticavam o AM com 6 semanas	Os telefonemas não foram eficazes (qualquer AM)
Neyzi 91* (Turquia) [4]	Primíparas urbanas com parto vaginal, recém-nascidos saudáveis > 2500 g de peso ao nascer, de hospital do público	Contr: visitas domiciliares nos dias 5-7 (higiene e cuidados gerais com o bebê) Interv.: sessões no hospital incluem 1 filme sobre AM e uma aula prática educativa de 40 minutos sobre AM; visita domiciliar de 20-30 minutos no dia 5-7 + folheto Ambos: 1 sessão de grupo no hospital com um filme sobre doenças diarreicas; acompanhamento mensal	Contr.: 442 Interv.: 499 n= 941	12% AM exclusivo com 1 semana, *** 2% aos 2 meses*	47% AM exclusivo com 1 semana, *** 4,3% aos 2 meses.*	O apoio (filme, visitas domiciliares) aumentou o AM exclusivo em 1 semana
Neyzi 91 b (Turquia) [4]	Como acima	Contr: como acima Interv.: como acima + acompanhamento por um pediatra residente com 2 sem, e com 1, 2, 3 e 4 meses (com um parente próximo)	Contr.: 442 Interv.: 96 n= 538	61% AM total com 1 mês, *** 5% com 4 meses ***	85% AM total com 1 mês, *** 68% aos 4 meses ***	O apoio contínuo aumentou o AM total aos 4 meses

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

AM: Aleitamento materno

a: Dados recalculados

Não há chamada a na tabela

**Tabela 10.1 (Cont.) RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS
APOIO CONTÍNUO – SERVIÇOS DE SAÚDE**

Estudo (Limitações Metodológicas)	Características da População	Controle/Intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Chung-Hey 93 (Taiwan, China)	Mães de recém-nascidos saudáveis e a termo que praticavam o AM no momento da alta, capazes de ler em Chinês	Contr.: sem intervenção Interv. I: visitas domiciliares semanais (2) por uma enfermeira após 1, 2, 4 e 8 semanas depois da alta Interv. II: telefonemas semanais pela enfermeira após 1,2,3,4 e 8 semanas pós-parto	Contr.: 60 Interv. I: 60 Interv. II: 60 n= 180	Duração média do AM: Contr.: 3,35 semanas Razão para pararem com o AM foi leite insuficiente em 40%	Duração média do AM: Int. I: 4,1 semanas Int. II: 3,6 semanas Razão para pararem com o AM foi leite insuficiente em 43%(Int. I) e 38% (Int. II)	Visitas domiciliares ou telefonemas não afetaram a duração do AM
Haider 96 (Bangladesh)	Bebês ≤ 12 semanas de idade, diarreia com menos de 5 dias de duração, peso para a idade > 60% de mediana de NCHS, ainda sendo amamentados	Contr.: aconselhamento de rotina de AM durante a estada no hospital Interv.: 3 sessões de aconselhamento de AM durante a estada no hospital para o controle da diarreia + 1 sessão domiciliar 1 semana após a alta	Contr.: 125 Interv.: 125 n= 250	7 (6%) praticavam o AM exclusivo na alta 8/103 (8%) praticavam o AM exclusivo 2 semanas após a alta	74 (60%) praticavam o AM exclusivo no momento da alta 78/104 (75%) praticavam o AM exclusivo 2 semanas após a alta***	Aconselhamento favoreceu (AME) 2 semanas após a alta

AM : Aleitamento Materno

* p< 0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001

Tabela 10.2 – RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS
APOIO CONTÍNUO – CONSELHEIROS COMUNITÁRIOS

Estudo [Limitações Metodológicas]	Características da População	Controle/intervenção	Tamanho da Amostra	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Burkhalter 91 (Chile) [1,6]	Todos os nascimentos registrados em um centro de saúde de uma área suburbana com níveis socioeconômicos variados	Contr. (pré-int.): cuidados pré-natal de rotina, clínica de bebês saudáveis Grupo I: 4 palestras pré-natal + controles mensais + 8 visitas domiciliares em 6 meses + grupos de apoio Grupo II: como acima, 1 ano após as mudanças terem sido introduzidas	Contr.: 137 Interv. I: 115 Interv. II: 117 n = 369	46 (34%) AM total aos 6 meses	Interv. I: 74 (64%) AM total com 6 meses *** Interv. II: 64 (55%) AM total com 6 meses ***	Apoio pré e pós-natal favoreceu (AM total) aos 6 meses
Lundgren 92 (Honduras) [1]	Vilas rurais com acesso limitado à água, saneamento e serviços de saúde	Contr.: atividades de promoção do AM (reuniões mensais, distribuição de materiais educativos) conduzidas pelos Comitês Rurais de Saúde em 20 vilas Interv.: as mesmas atividades de promoção do AM, conduzidas pelos voluntários da vila treinados para o aconselhamento do AM, em 20 vilas Grupo alvo (ambos): mulheres grávidas e mães de bebês < 1 ano de idade	Contr. (pré): 209 Contr. (pós): 226 Int. (pré): 207 Int. (pós): 221 n = 863	Duração média do AM exclusivo (pré/pós-pesquisa): 1,3/1,2 meses AM exclusivo aos 2 meses (pré/pós): 20%/18% ** (C vs. Int.)	Duração média do AM exclusivo (pré/pós-pesquisa): 1,2/3 meses AM exclusivo com 2 meses (pré/pós): 20%/50% **	AM exclusivo aumentou nas vilas onde houve o apoio de trabalhadores treinados sobre o AM
Kistin 94 (E.U.A)	Mulheres urbanas de baixa renda com intenção de amamentarem, que solicitaram ajuda de grupos de apoio	Contr.: sem conselheiro Interv.: telefonemas do conselheiro (≥ 2/semana até que o AM seja estabelecido, depois a cada 1-2 semanas)	Contr.: 43 Int.: 59 n = 102	Duração mediana de qualquer AM: 8 semanas*	Duração mediana de AM: 15 semanas Duração média de AM total: 8 sem *	Grupo de apoio ajudou as mães para amamentarem por mais tempo
Mongeon 95 (Canadá) [7]	Mulheres grávidas sem experiência prévia em amamentação, que tinham intenção de amamentar	Contr.: sem apoio adicional Interv.: 1 visita domiciliar (pré-nascimento) + semanal (6 sem) e acompanhamento bissemanal por telefone por um voluntário Ambos: 1 visita domiciliar pela enfermeira da comunidade, outros contatos iniciados pela mãe Controle(Pré-Int.): cuidado de rotina pré-natal Int.: contato pré e pós-natal (com 1, 2 e 4-6 semanas pós-parto) contato com conselheira por telefone, visitas domiciliares e/ou visitas na clínica	Contr.: 100 Int.: 100 n = 200	Leite insuficiente: 45% (outros dados não claros)	Leite insuficiente: 37%	Apoio de voluntários não foi benéfico
Long et al 95 (E.U.A) [4]	Mulheres americanas nativas grávidas e de baixa renda	Int.: contato pré e pós-natal (com 1, 2 e 4-6 semanas pós-parto) contato com conselheira por telefone, visitas domiciliares e/ou visitas na clínica	Contr.: 67 Int.: 41 n = 108	Entre mulheres acompanhadas até 3 meses, 70% iniciaram o AM, 36% ainda estavam amamentando com 3 meses	Entre mulheres acompanhadas até 3 meses, 84% iniciaram o AM (p = 0,05); 49% ainda estavam amamentando aos 3 meses	O apoio dos grupos de conselheiros favoreceu (qualquer AM) aos 3 meses

p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

AM: Aleitamento Materno

Tabela 10.2 (Cont.) – RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS
APOIO CONTÍNUO – CONSELHEIROS COMUNITÁRIOS

Estudo (Limitações Metodológicas)	Características da População	Controle/Intervenção	Tamanho o da Amostr a	Resultados		Conclusão
				Controle	Intervenção	
Alvarado 96 (Chile) [1,5,8]	Mães de baixa renda que vivem em condições sanitárias insatisfatórias, em uma área de periferia urbana.	Contr: acompanhamento de uma doença aguda por um médico e monitoramento (1, 2, 4 e 6 meses) por uma enfermeira no centro de saúde. Interv.: visitas domiciliares por promotores comunitários de saúde, grupos educacionais (pré-natal e mensal daí em diante) + 8 contatos com médicos e parteiras no centro de saúde, até os 6 meses após o parto.	Contr.: 66 Interv:6 2 n = 128	8% AM total aos 4 meses ** 0% AM total aos 6 meses **	90% AM total aos 4 meses ** 42% AM total aos 6 meses **	AM total mais favorecendo até os 6 meses com o apoio dos promotores de saúde.
Davies- Adegbu 96 (Nigéria)	Mulheres grávidas no último trimestre de 6 comunidades rurais predomi- nantemente agrícolas	Contr: cuidados de rotina em clínicas pré-natal em instalações CPH, visitas domiciliares (referências a problemas com o AM). Interv: ≥ 3 sessões de aconselhamento antes do parto + visitas domiciliares mensais pós-parto (mensagens de reforço, a maioria dos problemas de AM resolvidos). Perdas: 28 (perdas, natimorto ou mortes de crianças)	Contr.: 130 Interv.: 126 n = 256	6/108 (6%) começaram a sugar dentro de 30 min. após o nascimento 15/108 (14%) ainda amamentavam aos 4 meses	31/98 (32%) começaram a sugar dentro de 30 min. após o nascimento 39/98 (40%) ainda amamentavam aos 4 meses	Apoio pré e pós- natal favoreceu (qualquer AM) até 3 meses
Morrow 96 (México)	Mulheres grávidas predominantem- ente de baixa renda em uma área de periferia urbana da Cidade do México	Contr. concorrente (CC): cuidado de rotina em clínica Coorte Histórico (CH): pré-intervenção Interv. I: visita domiciliar no final da gravidez + 1 visita após o nascimento + 1 visita no final da 2ª semana, por <i>conselheiras</i> treinadas pela L.L.L. (México) Int. II: 2 visitas domiciliares durante a gravidez + 4 visitas domiciliares pós-parto logo após o nascimento, e com 2, 4 e 8 semanas, pelas mesmas <i>conselheiras orientadoras</i> .	[CH: 316] CC: 15 Interv. I: 40 Interv. II: 25 n = 80	35% dos CC praticavam o AM exclusivo aos 2 semanas, e 7% com 12 semanas *** (CC vs. CH, CC vs. Ambas Int)	70% do Int I praticava o AM exclusivo com 2 semanas, e 50% com 12 semanas *** (Int. I vs. Int. II)	Visitas domiciliares por <i>conselheiras</i> treinadas tiveram um efeito da dose – resposta efetivo no AM exclusivo pelo menos nos 3 primeiros meses.
Leite 98 (Brasil)	Mães com recém- nascidos saudáveis pesando < 3.000g nascidos em 8 maternidades	Contr: cuidado de rotina em serviços de saúde Interv.: 3 visitas domiciliares (dias 5, 15 e 30 após o nascimento) por mães orientadoras.	Contr.: 455 Interv.: 385 n = 840	51% praticavam predominantemente o AM com 1 mês	65% praticavam predominantemente o AM com 1 mês (RR = 0,56, 95% IC 0,42 – 0,75)	3 visitas por consultores leigos melhoraram o AM predominante com 1 mês

AM: Aleitamento Materno

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

**Tabela 10.3 – RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS LONGITUDINAIS E TRANSVERSAIS
APOIO CONTÍNUO**

Estudo	Características da População	Tamanho da Amostra	Exposição	Resultados		Conclusão
				Não exposto	Exposto	
Meara 76 (E.U.A) [9]	Membros da La Leche League (principalmente donas de casa de classe média e altamente instruídas)	n= 940	Afiliação à La Leche League	74/372 (20%) alimentados sob livre demanda no hospital	160/372 (43%) alimentados sob livre demanda no hospital	Afiliação à La Leche League associada com o aumento do conhecimento, atitudes e práticas
Barros 95 (Brasil)	Alojamento conjunto de recém-nascidos saudáveis de mães urbanas de renda baixa a média. Acompanhamento por 6 meses	Exp.: 289 Não-exp.: 246 n= 535	Comparcimento ao centro de lactação	24/335 (7%) iniciaram os sólidos aos 4-6 meses 44 (18%) praticavam o AM exclusivo até 4 meses 135 (55%) ainda praticavam o AM até 6 meses	312/335 (93%) iniciaram os sólidos com 4-6 meses 124 (43%) AM exclusivo aos 4 meses*** 197 (32%) ainda AM aos 6 meses***	Comparcimento ao centro de lactação significativamente associado com o AM exclusivo com 4 meses.

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

AM: Aleitamento Materno

PASSO 11

11.1 Introdução

As seções precedentes revisaram as evidências científicas para os 'Dez Passos', considerando cada passo na medida do possível, como uma intervenção isolada. No entanto, como já está claro, um número de estudos incluía vários passos juntos, e parecem mostrar que intervenções combinadas podem ter mais efeito sobre o aleitamento materno do que qualquer passo isolado. Para todos os propósitos práticos, isto deve ser considerado como sendo uma das conclusões mais importantes dessa revisão.

11.2 O efeito nas práticas do aleitamento materno

Foram identificados sete estudos nos quais o efeito de mais de uma intervenção para a promoção do aleitamento materno pode ser diferenciado. Seis deles mostraram um aumento significativo no aleitamento materno (Frank et al, 1987; Saunders & Carroll, 1988; Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez, 1990; Altobelli et al, 1991; Perez-Escamilla et al, 1992; Pugin et al, 1996).

Um estudo anterior de Salariya, Easton & Cater (1978), no Reino Unido, registrou que mães que iniciaram o aleitamento materno dentro de 2 horas e depois continuaram amamentando a cada 2 horas eram mais propensas a amamentar com 12 semanas do que as mães que começaram mais tarde e amamentaram a cada 4 horas. Entretanto, os números eram pequenos e os resultados não foram significantes.

Frank et al nos EUA (1987) observaram que mulheres que receberam o brinde para o aleitamento materno no momento da alta e aconselhamento adicional, no hospital e após a alta, estavam mais propensas a amamentarem com 1 mês, do que mulheres que receberam apenas uma dessas intervenções. Saunders & Carroll (1988) encontraram que três intervenções simples combinadas (uma sessão de orientação no hospital, um telefonema e uma aula de aleitamento materno após a alta) tinham um efeito significante no aleitamento materno, mas nenhuma das intervenções surtia efeito sozinha.

Perez-Escamilla et al (1992), no México, observaram um aumento no aleitamento materno exclusivo com 4 meses quando o alojamento conjunto e a orientação para o aleitamento materno foram combinados, enquanto o efeito do alojamento conjunto sozinho durou apenas um mês. De maneira similar, Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez (1990) encontraram que quando a orientação para o aleitamento materno era combinada com o alojamento conjunto havia um aumento no aleitamento materno tanto com 1 semana quanto aos 4 meses, mas quando a orientação para o aleitamento materno era combinada com um contato precoce, o efeito foi significativo apenas com 1 semana.

Pugin et al no Chile (1996) compararam um grupo de mulheres controle de pré-intervenção com um grupo exposto a um programa de promoção ao aleitamento materno que incluía cinco intervenções (Valdes et al, 1993): treinamento da equipe de saúde, atividades na clínica pré-natal e no hospital (contatos iniciais mais precoces, orientação para o aleitamento materno, redução de suplementos, reforço do alojamento conjunto), criação de uma clínica de lactação para pacientes de ambulatório e oferta da Lactação Amenorréica como método de espaçamento gestacional (LAM) como uma forma inicial de planejamento familiar. Seis meses após o parto, o aleitamento materno total era significativamente mais alto no grupo intervenção (67%) do que no grupo controle (32%, $p < 0,0001$), mesmo após o controle de paridade. Um subgrupo que recebeu educação adicional pré-natal era mais propenso a praticar o aleitamento materno total (80%) do que o subgrupo com as mesmas intervenções, mas sem a educação adicional (65%, $p < 0,005$) (discutido no Passo 3).

Outros 10 estudos comparativos foram identificados e estudavam voltados para o efeito de várias combinações de intervenções conjuntas para a promoção do aleitamento materno. Alguns padrões comuns surgiram a partir desses estudos: o apoio ao aleitamento materno ou o aconselhamento após a alta, quando combinados com aconselhamento no hospital ou pré-natal, tendem particularmente a aumentar a duração do aleitamento materno. Alguns autores consideraram que o apoio pós-natal, por meio de grupos de mães, visitas domiciliares ou acompanhamento clínico, eram os componentes mais importantes (Burkhalter & Marin, 1991).

As interações negativas também são possíveis quando práticas nocivas, tais como o uso de fórmulas infantis, continuam. Reiff & Essock-Vitale (1985) estudaram as práticas de alimentação de 77 mães que tiveram seus bebês em um hospital onde os materiais educativos, aconselhamento, apoio e normas eram, em geral, favoráveis ao aleitamento materno, mas fórmula infantil ainda era usada. As atitudes da equipe de enfermagem em relação ao aleitamento materno eram positivas: mais de 80% relataram discutir as vantagens do aleitamento materno rotineiramente com as mães. No entanto, 59 (77%) mães iniciaram o uso da mamadeira 2 a 3 semanas após o parto, a maioria (93%) lembrava que marca tinha sido usada no hospital e 52 (88%) estavam usando a mesma marca. Os pais podem interpretar o uso rotineiro da fórmula infantil em berçários como um endosso da equipe de saúde, apesar das mensagens verbais de promoção ao aleitamento materno.

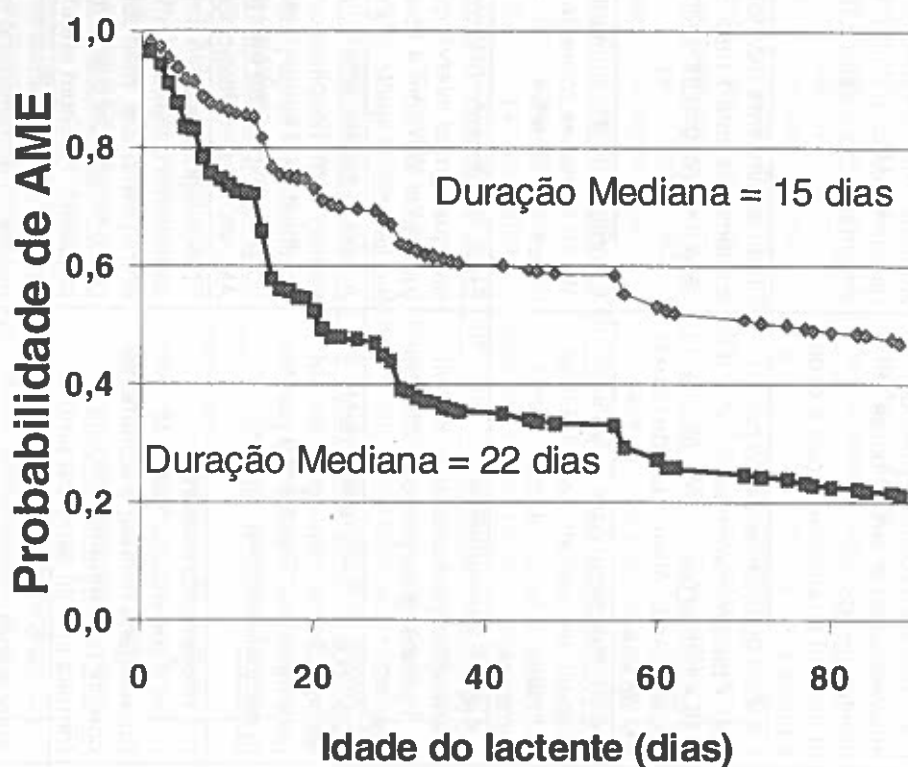
Dessa forma, algumas intervenções, sob condições experimentais, podem melhorar as atitudes ou práticas de aleitamento materno até certo ponto (Houston et al, 1981; Jones & West, 1986; Jenner, 1988; Long et al, 1995; Davies-Adetugbo, 1996). No entanto, quando as intervenções são parte de um programa bem estabelecido, elas parecem ser mais efetivas (Hardy et al, 1982; Popkin et al, 1991; Nylander et al, 1991; Burkhalter & Marin, 1991; Lutter et al, 1997). Os benefícios tendem, na maioria das vezes, a realizar-se quando as intervenções são fortalecidas por normas institucionais e práticas potencialmente prejudiciais são descontinuadas. No Brasil, Lutter et al (1997) compararam um hospital com um programa ativo de promoção ao aleitamento materno com um hospital controle, nas proximidades, onde ocorria o alojamento conjunto e uso de fórmula infantil era restrita, mas que apresentava um nível mais baixo de cobertura de informações e atividades de apoio. Mulheres, no hospital do programa, eram mais propensas a receber informações e apoio, e a duração média do aleitamento materno exclusivo era 53 a 75 dias mais longa do que no hospital controle.

11.3 Efeito das intervenções combinadas na relação custo-benefício e morbidade

Os programas de promoção ao aleitamento materno, implementados pelas maternidades, podem ser uma das intervenções de saúde de melhor relação custo-benefício para ganhar Anos de Vida Ajustados para a Deficiência (AVAD), para prevenir casos e mortes por diarreia (Horton et al, 1996). Programas implementados no Brasil, Honduras e México foram avaliados, e encontrou-se que a relação custo-benefício era mais alta quando os programas incluíam a remoção da fórmula infantil e a redução do uso de medicamentos durante o parto. Isto ocorre em parte porque o custo dessas intervenções é mínimo e pode até mesmo resultar em economia. Investimentos na educação hospitalar e no apoio às mães ainda foram de custo-benefício extremamente alto, ainda que menor do que a remoção da fórmula infantil, porque a educação requer mais tempo e habilidade e é, por isso, intrinsecamente mais cara. Apoio, educação e aconselhamento para as mães são introduzidos mais lentamente do que outras intervenções, e esforço adicional é necessário para a implementação. Enquanto a remoção da fórmula infantil e o alojamento conjunto podem ser pré-requisitos essenciais para o início do aleitamento materno, as atividades relacionadas ao apoio direto e à informação são as que têm o maior impacto em estender a duração do aleitamento materno exclusivo (Lutter et al, 1997).

Intervenções combinadas

Proporção de aleitamento materno exclusivo (AME): Curvas de sobrevivência segundo o Hospital, Santos, Brasil, 1992-93



—◆— Programa (n = 168) —■— Controle (n=152)

Hospital com programa vs. Hospital controle: $p < 0,0001$

Reeditado de American journal of public health, 87(4), Lutter et al (1997) The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low income women in Brazil, pp. 659-663, Copyright (1997), with permission from APHA.

Tabela 11.1 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS INTERVENÇÕES COMBINADAS – EFEITOS DIFERENCIADOS

Estudo [Limitações metodológicas]	Controle	Intervenção ^a	Resultados Gerais	Tabela
Salariya 78 (Escócia) [8]	Contato tardio, amamentação a cada 4 horas	I: 4 + parcial 8 (contato precoce, amamentação a cada 2 horas).II: 4 (contato precoce). III: parcial 8 (amamentação a cada 2 horas)	Aumento (não estatisticamente significativo) de qualquer AM com o contato precoce e amamentação a cada 2 horas combinadas..	4.1 8.1
Frank 87 (E.U.A)	Aconselhamento de rotina + brindes comercial na alta	I: 5 + 10 (aconselhamento para o AM) + pacote comercial na alta. II:5 + 10 + brinde para o AM na alta. III: conselhos de rotina + brinde para o AM na alta.	Efeito significativo (AM total) de intervenções combinadas com 1 mês. Efeito significativo de cada intervenção independentemente.	6.4 10.1
Saunders 88 (E.U.A) [1,6]	Intervenções omitidas	5 + 10:orientação para o AM no hospital, um contato com 4-5 dias e/ou uma aula estruturada com 2 semanas.	A duração do AM aumentou significativamente até 16 semanas somente quando 3 atividades foram combinadas.	10.1
Strachan – Lindenberg 90 (Nicaragua) [8]	Separação completa mãe-filho até a alta	I: 4+5 (contato precoce e mensagens padronizadas de AM). II: 5 (mensagens padronizadas de AM) + 7.	Efeito significativo (AM total) com 1 semana com qualquer grupo intervenção. Efeito significativo (qualquer AM) com 4 meses somente com o alojamento conjunto e orientação para o AM.	4.1 5.1 7.1
Altobelli 91 (Peru)	Alojamento conjunto parcial	Hosp. A e B: 2 + 5 (treinamento + elaboração de mensagens de AM padronizadas). Passos 6-9 parciais já estabelecidos em ambos.	Aumento significativo do AM exclusivo com 4 semanas em hospitais com treinamento. Efeito significante a longo prazo (12 semanas) no hosp. A (exposição intensiva às mensagens de AM) vs. hosp. B (exposição moderada).	2.1 5.1
Perez-Escamilla 92 (México)	Algumas amostras de fórmula infantil oferecidas na alta.	I: 7 (alojamento conjunto); II: 5 + 7 (orientação para AM [mensagens padrão] e alojamento conjunto). Nenhuma amostra de fórmula infantil dada em ambos.	Efeitos significantes a longo prazo (AM total) do alojamento conjunto com a orientação de AM entre primíparas, mas somente efeitos a curto prazo se apenas o alojamento conjunto foi praticado. Nenhum efeito em multiparas.	5.1 7.1
Pugin 96 (Chile) [6]	Pré-Interv: alojamento conjunto parcial	I: 1 – 3 e 5 – 10 (+ contato inicial antecipado). II: como acima + Passo 3 intensivo	Um aumento significativo no AM total com 6 meses foi demonstrado com 9 passos. O acréscimo de educação pré-natal intensiva resultou em um aumento mais significativo	3.1

^a: Números referem-se aos Passos 1-10

AM: Aleitamento Materno

Tabela 11.2 RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS INTERVENÇÕES COMBINADAS – AGRUPADAS

Estudo [Limitações Metodológicas]	Controle	Intervenção ^a	Resultados Gerais	Tabela
Houston 81 (Escócia)	Visitas de rotina por equipes de saúde da comunidade	5+10: aconselhamento para o AM no hospital e após a alta médica.	Aumento significativo na taxa de AM com 12 e 20 semanas no grupo intervenção.	10.1
Hardy 82 (Brasil) [6]	Intervenções omitidas, sem alojamento conjunto	2+5+10: treinamento, aconselhamento para o AM no hospital e após a alta. Alojamento conjunto já praticado.	Aumento significativo no AM total e em qualquer AM no grupo intervenção até 9 meses. Nenhuma mudança entre as mulheres < 25 anos, menos instruídas ou com parceiros < 30 anos.	Sem tabela
Jones 86 (Gales)	Intervenções omitidas	5+10 (orientação para AM no hospital e após a alta).	AM com 4 semanas foi significativamente mais alto no grupo intervenção.	5.1 10.1
Jenner 88 (Inglaterra)	1 visita domiciliar pré-natal + 1 curta visita após o nascimento	Como no grupo controle + duas visitas pré-natal domiciliares extras + 2-3 visitas domiciliares pós-natal (Passo 10)	Visitas domiciliares pré e pós-natal associadas com o aumento do AM total com 3 meses ($p < .01$)	10.1
Burkhalter 91 (Chile) [1, 4b, 6]	Pré-int: intervenções omitidas, práticas hospitalares no nascimento não descritas	Após: 3+10 (preparação pré-natal e aconselhamento para o AM após a alta).	Aumento significativo no AM total, especialmente com 5 e 6 meses de idade nos grupos intervenção.	10.2
Nylander 91 (Noruega) [4b, 6, 8]	Pré-int: intervenções não começadas	Após: 2 + 4 + 5 + 6 parcial (restrição de fórmula láctea e solução glicosada) + 8.	Aumento significativo no AM total aos 6 meses após ter iniciado o programa de promoção ao AM.	6.1
Popkin 91 (Honduras)	Pré-int: uso de rotina de alimentos pré-lácteos e fórmulas infantis, separação mãe-criança.	Campanha de meios de comunicação de massa e programa de promoção ao AM em 3 grandes hospitais: Passos 1 + 2 + 4 - 9.	Aumento substancial na iniciação e duração do AM, especialmente em áreas urbanas, apesar das mudanças nas características da população que deveriam ter diminuído a taxa de AM.	2.1
Long et al 95 (E.U.A) [4]	Pré-Int: cuidado pré-natal de rotina	3 + 10: Aconselhamento pré-natal e pós-parto por mães orientadoras (conselheiras).	Aumento no AM ao nascer e com 3 meses (não significativo)	10.2

^a: Números referem-se aos Passos 1-10 AM: Aleitamento Materno

Tabela 11.2 (Cont.) RESULTADOS COMPARATIVOS DE ESTUDOS EXPERIMENTAIS INTERVENÇÕES COMBINADAS – AGRUPADAS

Estudo [Limitações Metodológicas]	Controle	Intervenção ^a	Resultados Gerais	Tabela
Alvarado 96 (Chile)	Monitoramento de saúde no centro de saúde.	3 + 10: visitas domiciliares e educação de grupo por conselheiros leigos treinados.	AM exclusivo até 4 meses significativamente maior	10.2
Davies – Adetugbo 96 (Nigéria)	Cuidado pré-natal de rotina em Postos de Saúde de cuidados Primários e visitas domiciliares (problemas referidos)	3 + 10: aconselhamento pré-natal + visitas domiciliares mensais pós-parto (a maioria dos problemas do AM resolvidos)	Conhecimento e atitudes melhoradas sobre o AM, AM total com 4 meses aumentou.	10.2
Morrow 96 (México)	Cuidado de rotina em clínica (controles concorrentes e históricos)	I: 3 + 10, 3 visitas domiciliares por mães orientadoras treinadas (conselheiras) (no final da gestação, logo após o nascimento e no final da semana 2) II: 3 + 10, 6 visitas domiciliares pelos mesmos mães orientadoras (conselheiras) (2 durante a gravidez, 1 logo após o nascimento, e com 2, 4 e 8 semanas)	Amamentação exclusiva com 3 meses significativamente mais alta nos grupos intervenção comparada com os grupos controle, e significativamente mais alta quando comparadas 6 visitas domiciliares com 3 visitas domiciliares.	10.2
Lutter 97 (Brasil)	Atividades de AM universalmente baixas	4-7, 10 (possivelmente 1, 2, 8, 9)	AM exclusivo durou 53 dias mais, de acordo com as análises de sobrevivência.	Sem tabela

^a: Números referem-se aos Passos 1-10

AM: Aleitamento Materno

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As evidências na maioria dos Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno são substanciais, mesmo quando cada passo é considerado separadamente, e apesar das dificuldades inerentes à randomização, quando a liberdade de escolha da mãe tem que ser respeitada.

Os passos mais claramente estabelecidos são os 3 passos referentes à orientação e apoio à mãe. São eles: Passo 3, educação pré-natal; Passo 5, mostrar às mães como amamentar; e Passo 10, apoio continuado após a alta hospitalar. Esses são os Passos mais difíceis de se implementar adequadamente, e freqüentemente são os mais demorados para ser introduzidos. Demandam qualificação, a qual requer treinamento, e tomam tempo dos profissionais de saúde, exigindo mudanças na descrição das tarefas. Entretanto, os 3 em conjunto estão incluídos entre as intervenções de melhor custo-eficácia de todas as intervenções de saúde, e os esforços para incluir apoio adequado às mães devem ser reforçadas, independente das limitações de recursos.

Em princípio, existem boas evidências para o Passo 4, que trata do contato precoce da mãe com o recém-nascido, embora o melhor momento para a primeira mamada provavelmente não é tão restritivo como sugere a redação do Passo. A parte mais importante do procedimento é o contato pele a pele entre o recém-nascido e a mãe desde o nascimento até que o bebê demonstre, espontaneamente, disposição para mamar. Isso geralmente ocorre dentro de uma hora após o nascimento, podendo, no entanto, variar e acontecer a qualquer momento, dentro das duas primeiras horas, ou mais tarde caso a mãe tenha recebido Petidina.

As evidências para o Passo 7, alojamento conjunto, e Passo 8, aleitamento materno sob livre demanda, que são fáceis de ser implementados, mas difíceis de ser separados, são bastante sugestivas. Não há evidências favoráveis às práticas de amamentação em horários pré-estabelecidos e uso de berçário. O aleitamento materno sob livre demanda não aumenta o risco de mamilos dolorosos; e o alojamento conjunto não necessariamente interfere no descanso da mãe, e não aumenta o risco de infecção cruzada.

O Passo 6, sobre o uso de suplementos, e o Passo 9 que trata do uso de bicos artificiais e chupetas, também estão intimamente relacionados. Enquanto muitos estudos demonstram uma forte associação entre o uso de suplementos e bicos artificiais ou chupetas com a cessação prematura da amamentação, não é fácil demonstrar uma relação causal, principalmente devido à dificuldade de uma real randomização. Porém, se por um lado o uso de suplementos, bicos artificiais e chupetas é em parte um indicativo de mães com dificuldades para amamentar, ou que estão inseguras, por outro lado também indicam que os profissionais de saúde necessitam de mais conhecimentos e capacitação para ajudar as mães mais efetivamente. Sem orientação adequada e apoio contínuo, a necessidade do uso de suplementos pode não ser superada.

É provável que as refeições artificiais, bicos e chupetas interfiram psicologicamente na amamentação, e que a facilidade de encontrá-los e usá-los abale a autoconfiança da mãe. Chupetas e bicos artificiais deveriam ser raramente necessários em maternidades, e, há ampla justificativa para não se permitir a administração de suplementos a recém-nascidos, exceto quando haja uma razão médica aceitável, e nesses casos deve-se usar um copinho ao invés da mamadeira. Algumas evidências sugerem que quando há indicação médica clara, os suplementos podem interferir menos no estabelecimento da amamentação que os suplementos utilizados sem essa indicação.

Dois outros pontos estão claros nesta conexão. Primeiro, a oferta na alta de pacotes comerciais contendo amostras de “substitutos do leite materno” afeta de maneira adversa a amamentação, e não há justificativa

para dá-las. Segundo, a interrupção da oferta de fórmula láctea mostrou ser a mais custo-efetiva intervenção de saúde conhecida.

Ainda restam os Passos 1 e 2, sobre normas e treinamento, que são necessários para a implementação de todos os outros passos. A experiência mostra que sem normas fortes e sem treinamento relevante de profissionais, não é possível mudar as práticas.

Com o advento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, adquiriu-se vasta experiência com diferentes tipos de treinamento. Apesar de todos terem algum efeito, certos princípios apresentam-se claramente. Dezoito horas de treinamento parecem ser o mínimo absoluto, e um período de tempo mais longo provavelmente faz-se necessário para o aumento efetivo da capacitação e da mudança de atitudes. O treinamento precisa incluir um forte componente de prático e aspectos clínicos, e não deve ser predominantemente teórico ou baseado em sala de aula. A prática clínica bem organizada parece mudar as atitudes em relação ao aleitamento materno, de uma forma que as aulas teóricas não conseguem.

Concluindo, a premissa básica da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que requer que todas as maternidades implementem os Dez Passos para do Sucesso no Aleitamento Materno, é válida. No entanto, a implementação seletiva de apenas alguns passos pode ser ineficaz e desencorajadora. O aleitamento materno exclusivo aumentará e será mantido de forma mais eficaz quando as normas adotadas e o treinamento prático dos profissionais forem direcionados à implementação de todos os dez passos em conjunto, e incluírem apoio contínuo para as mães na comunidade, e a restrição ao uso de fórmula a situações claramente definidas por razões médicas.

Recomendações

1. Existem evidências suficientes da eficácia dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, que justificam totalmente a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em todas as maternidades e que tem esses mesmos passos como base, em todas as maternidades. O fracasso em tornar as maternidades amigas das crianças não pode ser mais considerado defensável.
2. Os “Dez Passos” devem ser implementados em conjunto, e não se deve esperar eficácia quando os mesmos forem introduzidos de forma incompleta ou isoladamente.
3. Os estabelecimentos de saúde devem desenvolver normas fortes, cobrindo todos os “Dez Passos” e incluindo restrições à distribuição gratuita de “substitutos do leite materno”, por meio de acordos apropriados para a cobrança do cumprimento e a supervisão das normas.
4. O treinamento de profissionais de saúde em relação aos “Dez Passos” deve ter duração adequada e incluir componentes práticos para assegurar o aperfeiçoamento da capacitação clínica e de aconselhamento. O treinamento deve também enfatizar as atitudes dos profissionais de saúde com relação à amamentação e ao uso de suplementos.
5. Esforços renovados devem ser empreendidos para fortalecer os passos relativos à educação, orientação e apoio às mães, antes e depois do parto, mesmo após a alta médica, visto que estas são claramente as intervenções mais eficazes. Sem educação, orientação e apoio às mães, a implementação dos passos de manejo, tal como o alojamento conjunto, provavelmente terão apenas um efeito limitado. Todas as mães devem ter acesso à orientação apropriada e apoio durante o período de amamentação.

LISTA DE REFERÊNCIAS

- Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ (1992) Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. *British medical journal*, 304:1030-1032.
- Ali Z, Lowry M (1981) Early maternal-child contact: Effects on later behaviour. *Developmental medicine and child neurology*, 23:337-345.
- Altobelli L, Baiocchi-Ureta N, Larson E (1991) A controlled trial to extend the duration of exclusive breastfeeding among low income mothers in Lima, Peru. Final report (não publicado). The Johns Hopkins University (Baltimore), Cayetano Heredia University (Lima) and The Population Council (New York).
- Alvarado R et al (1996) Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. *Food and nutrition bulletin*, 17(1):49-53.
- Ardran GM, Kemp FH, Lind J (1958a) A cineradiographic study of bottle feeding. *British journal of radiology*, 31:11-22.
- Ardran GM, Kemp FH, Lind J (1958b) A cineradiographic study of breast feeding. *British journal of radiology*, 31:156-162.
- Armstrong HC (1990) Breastfeeding promotion: training of mid-level and outreach health workers. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (Suppl. 1):91-103.
- Ashraf RN et al (1991) Breast feeding and protection against neonatal sepsis in a high risk population. *Archives of disease in childhood*, 66:488-490.
- Avoa A, Fischer PR (1990) The influence of perinatal instruction about breast-feeding on neonatal weight loss. *Pediatrics*, 86(2):313-315.
- Baranowski T et al (1983) Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Social science and medicine*, 17(21):1599-1611.
- Barros FC et al (1995a) Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*, 95(4):497-499.
- Barros FC et al (1995b) The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta paediatrica*, 84:1221-1226.
- Bathija CG, Anand RK (1987) Effect of perinatal motivation on breastfeeding in educated mothers. *Indian pediatrics*, 24:933-937.
- Becker GE (1992) Breastfeeding knowledge of hospital staff in rural maternity units in Ireland. *Journal of human lactation*, 8(3):137-142.
- Bergevin Y, Dougherty C, Kramer MS (1983) Do infant formula samples shorten the duration of breast-feeding? *Lancet*, I(8334):1148-1151.
- Bliss MC et al (1997) The effect of discharge pack formula and breast pumps on breastfeeding duration and choice of infant feeding method. *Birth*, 24:90-97.
- Blomquist HK et al (1994) Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta paediatrica*, 83:1122-1126.
- Bloom K et al (1982) II. Factors affecting the continuance of breast feeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, Suppl 300:9-14.
- Blum D, Feachem RG (1983) Measuring the impact of water supply and sanitation investments on diarrhoeal diseases: problems of methodology. *International journal of epidemiology*, 12(3):357-365.

Bradley JE, Meme J (1992) Breastfeeding promotion in Kenya: changes in health worker knowledge, attitudes and practices, 1982-89. *Journal of tropical pediatrics*, 38:228-234.

Breastfeeding counselling: A training course. Geneva, World Health Organization, 1993 (documentos da OMS não publicados WHO/CDR/93.3-6) and New York, UNICEF, 1993 (documentos do UNICEF não publicados UNICEF/NUT/93.1-4).

Bryant CA (1982) The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices. *Social science and medicine*, 16:1757-1765.

Buranasin B (1991) The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia-Pacific journal of public health*, 5(3):217-220.

Burkhalter BR, Marin PS (1991) A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *International journal of gynecology and obstetrics* 34:353-359.

Christensson K et al (1992) Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy fullterm newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta paediatrica*, 81:488-493.

Christensson K et al (1995) Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta paediatrica*, 84:468-473.

Chua S et al (1994) Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 101:804-805.

Chung-Hey C (1993) Effects of home visits and telephone contacts on breastfeeding compliance in Taiwan. *Maternal-child nursing journal*, 21(3): 82-90.

Clements MS et al (1997) Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta paediatrica*, 86:51-56.

Cracking the Code. Monitoring the International Code of Breast-milk Substitutes. Country profiles. London, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997.

Cronenwett L et al (1992) Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breast-feeding outcomes. *Pediatrics*, 90(5):760-766.

Cunningham WE, Segree W (1990) Breast feeding promotion in an urban and a rural Jamaican hospital. *Social science and medicine*, 30(3):341-348.

Davies-Adetugbo AA (1996) Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. *Journal of diarrhoeal disease research*, 14(1):5-11.

Davies-Adetugbo AA (1997) Sociocultural factors and the promotion of exclusive breastfeeding in rural Yoruba communities of Osun State, Nigeria. *Social science and medicine*, 45(1):113-125.

de Carvalho M, Hall M, Harvey D (1981) Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. *Archives of disease in childhood*, 56(7):568-569.

de Carvalho M et al (1982a) Milk intake and frequency of feeding in breast fed infants. *Early human development*, 7:155-163.

de Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB (1982b) Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *American journal of diseases of children*, 136:737-738.

de Carvalho M et al (1983) Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, 72(3):307-311.

de Carvalho M, Robertson S, Klaus MH (1984) Does the duration and frequency of early breastfeeding affect nipple pain? *Birth*, 11:81-84.

- de Carvalho M et al (1985) Frequency of milk expression and milk production by mothers of nonnursing premature neonates. *American journal of diseases of children*, 139:483-485.
- de Château P, Wiberg B (1977a) Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum: II. A follow-up at three months. *Acta paediatrica Scandinavica*, 66:145-151.
- de Château P et al (1977b) A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Developmental medicine and child neurology*, 19:575-584.
- de Zoysa I, Rea M, Martines J (1991) Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? *Health policy and planning*, 6(4):371-379.
- Diaz S et al (1995) Breast-feeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban Chilean population. *American Journal of clinical nutrition*, 62: 371-376.
- Dix DN (1991) Why women decide not to breastfeed. *Birth*, 18:222-225.
- Drane D (1996) The effect of use of dummies and teats on orofacial development. *Breastfeeding review*, 4(2):59-64.
- Dungy C et al (1992) Effect of discharge samples on duration of breast-feeding. *Pediatrics*, 90(2):233-237.
- Dungy C et al (1997) Hospital infant formula discharge packages. Do they affect the duration of breast-feeding?. *Archives of pediatric and adolescent medicine*, 151:724-729.
- Elander G, Lindberg T (1984) Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, 73:237-240.
- Elander G, Lindberg T (1986) Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breastfeeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, 75:708-712.
- Entwisle DR, Doering SG, Reilly TW (1982) Sociopsychological determinants of women's breastfeeding behavior: A replication and extension. *American journal of orthopsychiatry*, 52(2):244-260.
- Eregie CO (1997) Impact of the Baby Friendly Hospital Initiative: An observation from an African population. *International child health*, VIII(4):7-9.
- Evans CJ, Lyons NB, Killien MG (1986) The effect of infant formula samples on breastfeeding practice. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, Sept/Oct:401-405.
- Feinstein JM et al (1986) Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. *Pediatrics*, 78(2):210-215.
- Fisher C The puerperium and breastfeeding. In: Marsh GN, ed. *Modern obstetrics in general practice*. Oxford, Oxford University Press, 1985: 325-348.
- Fisher C, Inch S (1996) Nipple confusion-who is confused? *Journal of pediatrics*, 129(1):174.
- Fishman C, Evans R, Jenks E (1988) Warm bodies, cool milk: Conflicts in post partum food choice for Indochinese women in California. *Social science and medicine*, 26(11):1125-1132.
- Forman MR. (1984) Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics*, 74(4), Supplement:667-694.
- Frank DA et al (1987) Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: Effects on infant-feeding practices in a randomized trial. *Pediatrics*, 80(6):845-854.
- Freed G Fraley JK, Schanler RJ (1992) Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*, 90(2):224-227.
- Freed G Fraley JK, Schanler RJ (1993) Accuracy of expectant mothers' predictions of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *Journal of family practice*, 37(2):148-152.

- Fukumoto M, Creed-Kanashiro H (1994) Congratulations to the mothers. *Dialogue on diarrhoea*, 59:4.
- Garforth S, Garcia J (1989) Breast feeding policies in practice-"No wonder they get confused". *Midwifery*, 5:75-83.
- Giugliani ERJ et al (1994) Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decisions to breastfeed. *Journal of human lactation*, 10(3):157-161.
- Glover J, Sandilands M (1990) Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *Journal of human lactation* 6(4):163-166.
- Gökçay G et al (1997) Ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. *Child: care, health and development*, 23(2):187-200.
- Gonzales RB (1990) A large scale rooming-in program in a developing country: the Dr. Jose Fabella Memorial Hospital experience. *International journal of gynecology and obstetrics* 31 (Supplement 1):31-34.
- Graffy JP (1992) Mothers' attitudes to and experience of breast feeding: a primary care study. *British journal of general practice*, 42:61-64.
- Gray-Donald K et al (1985) Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breastfeeding: a controlled clinical trial. *Pediatrics*, 75(3):514-518.
- Grossman LK, Harter C, Kay A (1987) Postpartum lactation counseling for low-income women. *American journal of diseases of children*, 141(4):375.
- Grossman LK et al (1990) The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. *American journal of diseases of children*, 144:471-474.
- Guthrie GM et al (1985) Infant formula samples and breast feeding among Philippine urban poor. *Social science and medicine*, 20(7):713-717.
- Haider R et al (1996) Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 74(2):173-179.
- Hall JM (1978) Influencing breastfeeding success. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, Nov-Dec:28-32.
- Hally MR et al (1984) Factors influencing the feeding of first-born infants. *Acta paediatrica Scandinavica*, 73(1):33-39.
- Hardy EE et al (1982) Breastfeeding promotion: Effect of an educational program in Brazil. *Studies in family planning*, 13(3):79-86.
- Hartmann PE et al (1996) Breast development and control of milk synthesis. *Food and nutrition bulletin*, 17(4):292-302.
- Heiberg Endresen E, Helsing E (1995) Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta paediatrica*, 84:719-724.
- Hofmeyr GJ et al (1991) Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 98(8):756-764.
- Hopkinson JM, Schanler RJ, Garza C (1988) Milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics*, 81(6):815-820.
- Horton S et al (1996) Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health policy and planning*, 11(2):156-168.
- HØst A (1991) Importance of the first meal on the development of cow's milk allergy and intolerance. *Allergy proceedings*, 12(4):227-232.
- Houston MJ et al (1981) Do breast feeding mothers get the home support they need? *Health bulletin*, 39(3):166-172.

- Howie PW et al (1981) How long should a breast feed last? *Early human development*, 5:71-77.
- Howie PW et al (1990) Protective effect of breast feeding against infection. *British medical journal*, 300:11-16.
- Huffman SL (1984) Determinants of breastfeeding in developing countries: Overview and policy implications. *Studies in family planning*, 15(4):170-182.
- Iker CE, Mogan J (1992) Supplementation of breastfed infants: Does continuing education for nurses make a difference? *Journal of human lactation*, 8(3):131-135.
- Illingworth RS, Stone DGH (1952) Self-demand feeding in a maternity unit. *Lancet*, 1(6710):683-687.
- Inch S, Garforth S. Establishing and maintaining breastfeeding. In: Chalmers I, Enkin MW, Kierse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 1989:1359-1374.
- Inoue N, Sakashita R, Kamegai T (1995) Reduction of masseter muscle activity in bottle-fed babies. *Early human development*, 42:185-193.
- Jackson EB, Wilkin LC, Auerbach H (1956) Statistical report on incidence and duration of breast feeding in relation to personal-social and hospital maternity factors. *Pediatrics*, 17(5):700-715.
- Jamieson L (1994) Getting it together. *Nursing times*, 90(17):68-69.
- Janke JR (1988) Breastfeeding duration following cesarean and vaginal births. *Journal of nurse-midwifery*, 33(4):159-164.
- Janovsky K, Cassels A. Health policy and systems research: Issues, methods, priorities. In: Janovsky K., ed. *Health policy and systems development. An agenda for research*. Geneva, World Health Organization, 1996:11-23 (documento não publicado WHO/SHS/NHP/96. 1).
- Jenner S (1988) The influence of additional information, advice and support on the success of breast feeding in working class primiparas. *Child: care, health and development*, 14:319-328.
- Jones DA, West RR (1986) Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: a randomised controlled trial. *Journal of epidemiology and community health*, 40:45-49.
- Jones E (1994) Breastfeeding in the preterm infant. *Modern midwife*, 4(1):22-26.
- Kaplowitz DD, Olson CM (1983) The effect of an education program on the decision to breastfeed. *Journal of nutrition education*, 15(2):61-65.
- Kearney M, Cronenwett LR, Reinhardt R (1990) Cesarean delivery and breastfeeding outcomes. *Birth*, 17:97-103.
- Keefe MR (1987) Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing research*, 36(3):140-144.
- Keefe MR (1988) The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, March-April: 122-126.
- Kistin N et al (1990) Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics*, 86(5):741-746.
- Kistin N et al (1994) Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *Journal of human lactation*, 10(1): 11- 15.
- Klaus MH (1987) The frequency of suckling. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 14(3):623-633.
- Koktürk T, Zetterström R (1989) The promotion of breastfeeding and maternal attitudes. *Acta paediatrica Scandinavica*, 78:817-823.

Kurini N et al (1984) Predicting duration of breastfeeding in a group of urban primiparae. *Ecology of food and nutrition*, 15:281-291.

Kurini N, Shiono PH (1991) Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics*, 88(4):745-750.

Labbok MH, Hendershot GE (1987) Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. *American journal of preventive medicine*, 3(4):227-232.

Labbok MH, Simon SR (1988) A community study of a decade of in-hospital breast-feeding: implications for breast-feeding promotion. *American journal of preventive medicine*, 4(2):62-66.

Lang S, Lawrence CJ, Orme RL'E (1994) Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Archives of disease in childhood*, 71:365-369.

Lawrence RA (1982) Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. *Pediatrics*, 70(6):912-920.

Lazzaro E, Anderson J, Auld G (1995) Medical professionals' attitudes towards breastfeeding. *Journal of human lactation*, 11(2):97-101.

Leefsma M, Habatsky T. The influence of hospital routine on successful breastfeeding. In: Freier S, Eidelman AL, eds. *International Symposium on Breastfeeding. Human milk - It's biological and social value*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1980:309-313.

Leite A, Puccini R, Atallah A, Cunha A, Machado M, Capiberibe A, Rodrigues R. Impact on breastfeeding practices promoted by lay counselors: a randomized and controlled clinical trial. In: Feinstein AR, Vandembrouke JP, eds. *Abstracts of the Inclen 15th global meeting of the International Clinical Epidemiology Network*. Querétaro, Mexico, Journal of Clinical Epidemiology, 1998, 51(supplement 1): 10S.

Levitt C et al (1996) Breast-feeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care. *Canadian Medical Association Journal*, 155(2):181-188.

Lizarraga JL et al (1992) Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *Journal of adolescent health*, 13:676-681.

Long DG et al (1995) Peer counselor program increases breastfeeding rates in Utah native American WIC population. *Journal of human lactation*, 11(4):279-284.

Long L (1995) Breastfeeding workshops: a focus on knowledge, skills and attitudes. *British journal of midwifery*, 3(10):540-544.

Lundgren R et al (1992) The promotion of breastfeeding and birth spacing in rural areas. Final technical report (documento não publicado). Asociacion Hondureña de Lactancia Materna (AHLACMA) and the Population Council.

Lutter CK et al (1997) The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *American journal of public health*, 87(4):659-663.

McBryde A, Durham NC (1951) Compulsory rooming-in on the ward and private newborn service at Duke hospital. *Journal of the American Medical Association*, 145(9):625-628.

McDivitt JA et al (1993) The impact of the healthcom mass media campaign on timely initiation of breastfeeding in Jordan. *Studies in family planning*, 24(5):295-309.

McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA (1997) Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*, 100(2):214-219.

McLorg PA, Bryant CA (1989) Influence of social network members and health care professionals on infant feeding practices of economically disadvantaged mothers. *Medical anthropology*, 10:265-278.

- MAIN Trial Collaborative Group (1994) Preparing for breastfeeding: treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. *Midwifery*, 10:200-214.
- Manning DJ, Coughlin RP, Poskitt EME (1985) Candida in mouth or dummy? *Archives of disease in childhood*, 60:381-382.
- Mapata S, Djauhariah AM, Dasril D (1988) A study comparing rooming-in with separate nursing. *Paediatrica Indonesiana*, 28:116-123.
- Margen S et al. *Infant feeding in Mexico. A study of health facility and mothers' practices in three regions*. Nestlé Infant Formula Audit Commission. California, PRINTEAM, 1991.
- Martin-Calama J et al (1997) The effect of feeding glucose water to breastfeeding newborns on weight, body temperature, blood glucose, and breastfeeding duration. *Journal of human lactation*, 13(3):209-213.
- Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B (1989) Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 67(2):151-161.
- Mathew OP, Bhatia J (1989) Sucking and breathing patterns during breast- and bottle-feeding in term neonates. *American journal of diseases of children*; 143:588-592.
- Matich JR, Sims LS (1992) A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Social science and medicine*, 34(8):919-927.
- Maza, IC et al (1997) *Sustainability of a Community-Based Mother-to-Mother Support Project in the Peri-Urban Areas of Guatemala City. A La Leche League Study*. Published for La Leche League International and the U.S. Agency for International Development by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) Project. Arlington, Va.
- Meara H (1976) La Leche League in the United States: A key to successful breast-feeding in a non-supportive culture. *Journal of nurse-midwifery*, 21(1):20-26.
- Meier P (1988) Bottle- and breast-feeding: effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in preterm infants. *Nursing research*, 37(1):36-41.
- Meier P (1994) Breast feeding the premature baby: a research review. *News brief*, 9(1):2-5.
- Milnes AR (1996) Description and epidemiology of nursing caries. *Journal of public health dentistry*, 56(1):3850.
- Mohrbacher N, Stock J. *The breastfeeding answer book*, Franklin, Illinois, La Leche League International, 1991.
- Mongeon M et al (1995) Essai contrôlé d'un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole sur le déroulement et l'issue de l'allaitement. *Canadian journal of public health*, 86(2):124-127.
- Morrow AL et al The effectiveness of home-based counseling to promote exclusive breastfeeding among Mexican mothers. In: *Exclusive breastfeeding promotion: a summary of findings from EPB's applied research program (1992-1996)*. Wellstart International's Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB) Program (documento não publicado).
- Morse JM, Jehle C, Gamble D (1992) Initiating breastfeeding: a world survey of the timing of postpartum breastfeeding. *Breastfeeding review*, May:210-216.
- Musoke RN (1990) Breastfeeding promotion: feeding the low birth weight infant. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (Suppl. 1):57-59.
- Neifert M et al (1988) Factors influencing breast-feeding among adolescents. *Journal of adolescent health care*, 9:470-473.
- Neifert M, Lawrence R, Seacat J (1995) Nipple confusion: toward a formal definition. *Journal of pediatrics*, 126:SI25-129.

Popkin BM et al (1991) An evaluation of a national breast-feeding promotion programme in Honduras. *Journal of biosocial science*, 23:5-21.

Powers NG, Naylor AJ, Wester RA (1994) Hospital policies: Crucial to breastfeeding success. *Seminars in perinatology*, 18(6):517-524.

Procianoy RS et al (1983) The influence of rooming-in on breastfeeding. *Journal of tropical pediatrics*, 29:112-114.

Promoting breast-feeding in health facilities. A short course for administrators and policy-makers. Geneva, World Health Organization and Wellstart International, 1996 (documento não publicado WHO/NUT/96.3).

Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, World Health Organization, 1989.

Pugin E et al (1996) Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of human lactation*, 12(1):15-19.

Rajan L (1993) The contribution of professional support, information and consistent correct advice to successful breast feeding. *Midwifery*, 9:197-209.

Rajan L (1994) The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding. *Midwifery*, 10:87-103.

Rea MF, Venancio SI (1998) Manejo clínico e aconselhamento em amamentação: avaliação de um treinamento. *Jornal de pediatria*. (submitted).

Reiff MI, Essock-Vitale SM (1985) Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics*, 76:872-879.

Relucio-Clavano N (1981) The results of a change in hospital practices. A paediatrician's campaign for breastfeeding in the Philippines. *Assignment children*, 55/56:139-165.

Righard L, Alade MO (1990) Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336(8723):1105-1107.

Righard L, Alade MO (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 19:185-189.

Righard L, Alade MO (1997) Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth*, 24:116-120.

Riordan J. *A practical guide to breastfeeding*, Boston, Jones & Bartlett, 1991.

Rosenblatt JS (1994) Psychobiology of maternal behaviour: contribution to clinical understanding of maternal behaviour among humans. *Acta paediatrica supplement* 397:3-8.

Rush J, Chalmers I, Enkin M. Care of the new mother and baby. In: Chalmers I, Enkin MW, Kierse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, 1989:1333-1346.

Saadeh R, Akre J (1996) Ten steps to successful breastfeeding: A summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*, 23:154-160.

Salariya EM, Easton PM, Cater JI (1978) Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*, II(8100):1141-1143.

Saner G et al (1985) Promotion of breastfeeding in the postpartum mother. *Turkish journal of pediatrics*, 27(2):63-68.

Sanghvi TG. Improving the cost-effectiveness of breastfeeding promotion in maternity services. Summary of the USAID/LAC HNS study in Latin America (1992-1995). (Documento não publicado: disponível mediante solicitação à WELLSTART, 3333 K Street NW, Washington, DC 20007 USA. Telefone (202) 298-7979.)

- Saunders S, Carroll J (1988) Post-partum breastfeeding support: Impact on duration. *Journal of the American Dietetic Association*, 88(2):213-215.
- Schubiger G, Schwarz U, Tönz O (1997) UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *European journal of pediatrics*, 156:874-877.
- Simopoulos AP, Grave GD (1984) Factors associated with the choice and duration of infant-feeding practice. *Pediatrics*, 74(4) Supplement:603-614.
- Sio JO et al (1987) Oral candida: is dummy carriage the culprit? *Archives of disease in childhood*, 62:406-420.
- Slaven S, Harvey D (1981) Unlimited suckling time improves breast feeding. *Lancet*, I(8216):392-393.
- Sloper K, McKean L, Baum JD (1975) Factors influencing breast feeding. *Archives of disease in childhood*, 50:165-170.
- Snell BJ et al (1992) The association of formula samples given at hospital discharge with the early duration of breastfeeding. *Journal of human lactation*, 8(2):67-72.
- Sosa R et al. The effect of early mother-infant contact on breast feeding, infection and growth. In: *Ciba Foundation Symposium No. 45 (new series): Breastfeeding and the mother*. Amsterdam, the Netherlands, Elsevier Publishing Co., 1976:179-193.
- Stokamer CL (1990) Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (Suppl 1):61-65.
- Strachan-Lindenberg C, Cabrera-Artola R, Jimenez V (1990) The effect of early post-partum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *International journal of nursing studies*, 27(3):179-186.
- Suradi R (1988) Rooming-in for babies born by caesarean section in Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital Jakarta. *Paediatrica Indonesiana*, 28:124-132.
- Taylor A (1998) Monitoring the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: an epidemiological study in four countries. *British medical journal*, 316: 1117-1122.
- Taylor PM et al (1985) II. Extra early mother-infant contact and duration of breast-feeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, Suppl 316:15-22.
- Taylor PM, Maloni JA, Brown DR (1986) Early suckling and prolonged breastfeeding.. *American journal of diseases of children*, 140:151-154.
- The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative*. In: *Baby Friendly Hospital Initiative*. Part II. Hospital level implementation. WHO/UNICEF, 1992.
- Thomson ME, Hartsock TG, Larson C (1979) The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. *Canadian family physician*, 25:1374-1378.
- Tully SB, Bar-Haim Y, Bradley RL (1995) Abnormal tympanography after supine bottle feeding. *Journal of pediatrics*, 126:S105 – S111.
- Valdes V et al (1993) The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of tropical pediatrics*, 39:142-151.
- Valdes V et al (1995) The effects on professional practices of a three-day course on breastfeeding. *Journal of human lactation*, 11(3):185-190.
- Verronen P et al (1980) Promotion of breast feeding: effect on neonates of change of feeding routine at a maternity unit. *Acta paediatrica Scandinavica*, 69:279-282.

Victora CG et al (1987) Evidence for the protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, II(8554):319-322.

Victora CG et al (1990) Caesarean section and duration of breast feeding among Brazilians. *Archives of disease in childhood*, 65:632-634.

Victora CG et al (1993) Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*, 341(8842):404-406.

Victora CG et al (1997) Pacifier-use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 99(3):445-453.

Waldenström U, Swenson A (1991) Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery*, 7:82-89.

Waldenström U, Nilsson C-A (1994) No effect of birth centre care on either duration or experience of breast feeding, but more complications: findings from a randomised controlled trial. *Midwifery*, 10:8-17.

Westin JB (1990) Ingestion of carcinogenic N-nitrosamines by infants and children. *Archives of environmental health*, 45(6):359-363.

Westphal MF et al (1995) Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(4):461-468.

Widstrom A-M et al (1987) Gastric suction in healthy newborn infants. *Acta paediatrica Scandinavica*, 76:566-572.

Widstrom A-M et al (1990) Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early human development*, 21:153-163

Widstrom A-M, Thingström-Paulsson J (1993) The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta paediatrica*, 82:281-283.

Wilde CJ, Prentice A, Peaker M (1995) Breast-feeding: matching supply with demand in human lactation. *Proceedings of the Nutrition Society*, 54: 401-406.

Wiles L (1984) The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, July/Aug:253-257.

Williams AF (1997) Hypoglycaemia of the newborn: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 75(3):261-290.

Williamson IG, Dunleavy J, Robinson D (1994) Risk factors in otitis media with effusion. A 1 year case control study in 5-7 year old children. *Family practice*, 11 (3):271-274.

Wilmoth TA, Elder JP (1995) An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. *Social science and medicine*, 41(4):579-594.

Winikoff B et al (1986) Dynamics of infant feeding: Mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. *Pediatrics*, 77(3):357-365.

Winikoff B et al (1987) Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: Applications of lessons learned. *Pediatrics*, 80(3):423-433.

Woolridge M (1986a) The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery*, 2(4):164-171.

Woolridge MW (1986b) Aetiology of sore nipples. *Midwifery*, 2(4):172-176.

Woolridge MW, Baum JD (1993) Recent advances in breast feeding. *Acta paediatrica Japonica*, 35:1-12.

Woolridge MW (1996) Problems of establishing lactation. *Food and nutrition bulletin*, 17(4):316-323.

Wright A, Rice S, Wells S (1996) Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics*, 97(5):669-675.

Yamauchi Y, Yamanouchi I (1990a) Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 86(2):171-175.

Yamauchi Y, Yamanouchi I (1990b) The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta paediatrica Scandinavica*, 79:1017-1022.

LISTA DE ABREVIÇÕES

AM:	Aleitamento Materno
AME:	Aleitamento Materno Exclusivo
PS:	Profissionais de Saúde
RC:	Razões de Chance
RR:	Risco Relativo
AC:	Alojamento Conjunto

LISTA DE LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

1. Controle inadequado: nenhum valor basal ou diferenças entre grupos
 2. Variáveis de confusão não controladas
 3. Auto-seleção de participantes
 4. Taxa de perda alta (mais de 10%) distribuída de forma irregular
 5. Validade interna indeterminada: perda não relatada, metodologia precariamente documentada ou comunicação em evento não publicada
 6. Comparação um a um
 7. Longo período recordatório (recall)
 8. Definição imprecisa de indicadores de aleitamento
- Baseado no aleitamento materno planejado em oposição à prática real

CHD

Para maiores informações, favor contatar:

Divisão de Saúde da Criança e Desenvolvimento (CHD)

Saúde Reprodutiva e da Família (FRH)

Organização Mundial da Saúde

20th Avenue Appia

1211 Geneva 27

Suíça

Tel: +41-22 791 2632

Fax: + 41-22 791 4853



Para maior informação contacte:

**ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)
SETOR DE EMBAIXADAS NORTE LOTE19 BRASÍLIA DF
COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE**

ISBN 85-87943-03-0

