

Parte III - Tópicos especiais em epidemiologia nutricional

24 - Amamentação: evidências científicas e ações para incentivar sua prática

Marina Ferreira Rea
Tereza Setsuko Toma

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

REA, MF., and TOMA, TS. Amamentação: evidências científicas e ações para incentivar sua prática. In: KAC, G., SICHIERI, R., and GIGANTE, DP., orgs. *Epidemiologia nutricional* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Atheneu, 2007, pp. 426-443. ISBN 978-85-7541-320-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Parte III
Tópicos Especiais em Epidemiologia Nutricional

Amamentação: evidências científicas e ações para incentivar sua prática

Marina Ferreira Rea e Tereza Setsuko Toma

Diversos são os registros históricos mostrando que a prática da amamentação ocorre há milênios e que sua substituição em escala industrial data de pouco mais de um século. Esta substituição certamente não é isenta de conseqüências, na medida em que hoje está claro quais são os vários componentes nutricionais e imunológicos específicos do leite materno, responsáveis alguns deles por atuar na fase em que o organismo do lactente passa por intenso desenvolvimento cerebral. Além disso, a prática de amamentar, que necessariamente aproxima pele-a-pele mãe e bebê, traz a ambos benefícios emocionais e de vínculo inigualáveis.

Serão destacados, aqui, alguns estudos selecionados sobre ‘o porquê’ de amamentar – quanto à morbimortalidade infantil e para a saúde da mulher – e outros sobre ‘como’ fazê-lo, particularmente quanto a ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno; na conclusão, serão apresentadas as situações excepcionais, em que o leite materno pode ser indicado com cuidados especiais.

Amamentação: por quê?

A singularidade tanto da prática de amamentar como do leite humano tem sido demonstrada por grande número de trabalhos científicos, em diferentes tipos de disciplinas e publicações. Se antigamente pensava-se que tal singularidade levava à proteção contra doenças, principalmente porque o aleitamento materno é necessariamente uma prática higiênica e sem contaminação, mais recentemente sabe-se que o leite humano contém enorme número de leucócitos e outros fatores de proteção – lisozimas, lactoferrina, imunoglobulinas, fatores bífidos etc. – que sofrem modificações do começo para o fim da mamada, nas diferentes horas do dia e com a idade pós-parto. Foi também mostrado que o recém-nascido, ao receber o colostro (leite do início da vida que em algumas culturas é descartado), recebe altas doses de Imunoglobulina A (IgA), que cai ao mínimo em poucos dias, e que o contato pele-a-pele desencadeia uma série de eventos hormonais importantes para a relação mãe-bebê. O toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago e isto, por sua vez, faz com que a mãe libere ocitocina. Este hormônio faz com que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê. Por outro lado, a ocitocina reduz a ansiedade materna, aumenta sua tranqüilidade e responsividade social (Anderson et al., 2007).

Com a melhora das condições de vida e a crescente urbanização, o controle das velhas doenças (como as diarreias infantis) foi obtido em muitos países, mas a emergência de ‘novas’ causas de morbidade tem levado a investigar o papel do leite materno nessas situações. Hoje, sabe-se que amamentar protege contra doenças crônicas,

tais como obesidade, diabetes *mellitus* tipo 1, doença de Crohn e linfoma, além de levar o bebê a engatinhar e andar mais precocemente (Kramer & Kakuma, 2006).

Sem pretender esgotar o tema, detalham-se a seguir algumas das razões que favorecem a escolha da amamentação como prática, tanto para a criança como para a mulher.

Mortalidade

Em 2003, a revista *The Lancet* publicou uma série de cinco artigos sobre sobrevivência de crianças menores de 5 anos de idade, resultado do trabalho do *The Bellagio Study Group on Child Survival* realizado por pesquisadores de vários países. O estudo mostrou que, apesar da redução substancial na mortalidade de crianças nos países de renda baixa e média no final do século XX, ainda morrem a cada ano mais de dez milhões de crianças no mundo, a maioria delas de causas passíveis de prevenção, tais como diarreia, pneumonia e distúrbios neonatais. O Brasil ocupava o 92º lugar na classificação dos países, respondendo por 127.000 mortes de crianças abaixo de 5 anos (Black, Morris & Bryce, 2003). Entre as intervenções direcionadas para lidar com os determinantes proximais da mortalidade de crianças, estimou-se que a ‘amamentação’ isoladamente seria capaz de prevenir 13% dessas mortes – ou seja, entre as demais medidas, a prática de amamentar é a que mais contribui para a prevenção de mortes infantis (Jones et al., 2003).

As políticas de saúde deveriam contemplar entre suas metas o incremento das taxas de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, dadas as robustas evidências científicas a seu favor. Na década de 1980, Victora e colaboradores mostraram que crianças entre 0 e 5 meses não amamentadas apresentavam um risco de morrer por diarreia e pneumonia, respectivamente sete e cinco vezes maior do que crianças amamentadas exclusivamente (Victora et al., 1987).

Betrán e colaboradores (2001), utilizando dados secundários, estimaram o potencial do aleitamento materno para reduzir a mortalidade infantil na América Latina e Caribe. O estudo incluiu 16 países e chegou à conclusão de que 13,9% das cerca de 52.000 mortes infantis anuais poderiam ser evitadas por meio da amamentação exclusiva das crianças de 0 a 3 meses de idade e amamentação parcial durante o restante do primeiro ano. Tanto para doença diarreica quanto respiratória, no Brasil e no México ocorria cerca de metade das mortes passíveis de prevenção do conjunto de países.

Mais recentemente, Bahl e colaboradores (2005), em estudo multicêntrico com mais de nove mil pares mãe-criança de Gana, da Índia e do Peru, analisaram a associação entre os diferentes padrões de amamentação com a mortalidade e internações hospitalares durante os primeiros seis meses de vida. Os principais achados revelaram que não havia diferença nos riscos de morte ou hospitalização entre crianças amamentadas de maneira exclusiva ou predominante, e que crianças não amamentadas apresentavam um risco dez vezes maior de morte e três vezes maior de hospitalização quando comparadas a crianças com amamentação predominante.

O componente neonatal da mortalidade infantil representa, hoje, motivo de preocupação maior em nosso meio. Importante trabalho realizado em Gana com 10.947 recém-nascidos sobreviventes cujas mães foram visitadas no período neonatal constatou que houve marcada dose-resposta entre maior risco de morrer e retardo no início da amamentação da primeira hora até o sétimo dia de nascimento; iniciar a amamentação após o primeiro dia esteve associado a 2,4 vezes maior risco de morte neonatal. Os autores concluem que as mortes neonatais podem ser reduzidas em 16% se os bebês forem amamentados desde o primeiro dia e em 22% se o forem desde a primeira hora (Edmond et al., 2006).

Morbidade

A preocupação com o desmame precoce e a perda da proteção contra doenças infecciosas conferida pelo leite materno, antes voltada principalmente para as crianças dos países em desenvolvimento, na última década passou a ser objeto de investigação também nos países desenvolvidos. A duração e a exclusividade da amamentação são consideradas relevantes, daí a necessidade de melhorar a qualidade dos estudos também com relação à definição clara dos padrões de amamentação adotados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros organismos no início dos anos 90 lançaram indicadores com definições e formas de coleta bastante precisas (WHO, 1991), visando a padronizar a coleta de dados sobre aleitamento materno. Isso representou um avanço e incorporação do conceito novo de ‘amamentação exclusiva’ e também da prática de amamentar com o uso de outros fluidos não nutritivos – fato que pode comprometer a ingesta de quantidade adequada de leite materno. Assim, ficaram estabelecidos alguns indicadores, dos quais os mais utilizados são:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME) – a criança recebe apenas leite humano diretamente da mama ou ordenhado, de sua própria mãe ou de uma doadora, e nenhum outro líquido ou alimento sólido, com exceção de gotas ou xarope de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.
- Aleitamento Materno Predominante (AMP) – a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. Entretanto, além das gotas ou xarope de vitaminas, minerais ou medicamentos, a criança pode receber também água e líquidos, tais como água açucarada ou com sabor, chás e infusões, suco de frutas, solução de reidratação oral e fluidos utilizados em rituais (em quantidades limitadas). Com exceção de suco de frutas e água açucarada, não são aceitos sob esta definição quaisquer outros alimentos com base em água.
- Aleitamento materno pleno ou completo – é constituído pela junção do aleitamento materno exclusivo com o predominante.
- Alimentação complementar – a criança recebe tanto leite humano quanto alimentos sólidos ou semi-sólidos.
- Amamentação – a criança recebe leite humano diretamente da mama ou ordenhado.
- Alimentação com mamadeira – a criança recebe líquidos ou alimentos semi-sólidos por meio de bico de mamadeira. Este item foi incluído entre os indicadores, dada sua relevância para a prática da amamentação.

Há evidências de que, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, a amamentação protege as crianças contra infecções dos tratos gastrointestinal e respiratório, sendo maior a proteção quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por tempo prolongado. Amamentação exclusiva e prolongada também tem sido associada a menor risco de síndrome da morte súbita e doença atópica. Além disso, alguns estudos sugerem uma aceleração do desenvolvimento neurocognitivo e proteção contra condições e doenças crônicas, tais como obesidade, diabetes *mellitus* tipo 1, doença de Crohn e linfoma (Kramer & Kakuma, 2006).

A observação de que crianças alimentadas com leite materno apresentam menor risco de doença diarréica é antiga. Já em 1905, havia registros de diferenças na composição da microflora intestinal de crianças amamentadas em comparação a crianças desmamadas. Notava-se que as fezes de crianças amamentadas apresentavam uma predominância de lactobacilos, ao passo que a de adultos e crianças desmamadas precocemente tinham uma predominância de *Escherichia coli*. A partir da descoberta do fator bifido, na década de 1970, torna-se cada vez mais conhecido o mecanismo pelo qual ocorre a proteção da mucosa intestinal contra os agentes patogênicos. Sabe-se hoje que vários tipos de oligossacarídeos e glicoconjugados presentes no leite materno, conhecidos como agentes pré-bióticos, estimulam a colonização do intestino por microrganismos benéficos. Esses agentes atuam

na primeira etapa essencial da patogênese ao impedir que um microrganismo se fixe na parede celular (Newburg, Ruiz-Palacios & Morro, 2005).

Dois trabalhos metodologicamente bem conduzidos confirmam que um aumento nas taxas de amamentação leva ao decréscimo no risco de diarreia. Um deles, realizado no México, um experimento randomizado controlado de base comunitária, mostrou a associação entre contatos precoces e repetidos das mães com aconselhadores e incremento significativo na exclusividade e duração do aleitamento materno. Como desfecho secundário, a incidência de diarreia foi significativamente maior nas crianças do grupo controle (Morrow et al., 1999). O outro é um experimento randomizado controlado multicêntrico realizado na Bielo-Rússia, que envolveu 17.046 pares mãe-bebê e 34 hospitais e policlínicas associadas. Metade dessas instituições (grupo intervenção) seguia os preceitos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), descritos a seguir.

As crianças do grupo intervenção apresentaram maior probabilidade de serem amamentadas aos 12 meses de idade, maior probabilidade de serem exclusivamente amamentadas aos 3 e aos 6 meses e uma redução significativa no risco de infecções do trato gastrointestinal (Kramer et al., 2001). Esse estudo, que continua em curso, promete nos trazer outros dados precisos sobre as práticas alimentares e parâmetros como peso, estatura, desenvolvimento motor, entre outros.

Os efeitos protetores da amamentação contra infecções do ouvido e pulmão têm se tornado mais evidentes nos últimos anos. A IgA secretora é um anticorpo resultante da resposta da mãe à exposição prévia a agentes infecciosos. Tem como características sobreviver nas membranas das mucosas respiratória e gastrointestinal e ser resistente à digestão proteolítica. Além de impedir que agentes patogênicos se fixem nas células da criança amamentada, ela limita os efeitos danosos do processo inflamatório (Jackson & Nazar, 2006).

A amamentação exclusiva protege as crianças pequenas de evoluírem para quadros mais graves de infecção respiratória. Estudo de caso controle aninhado realizado em Pelotas, RS, analisou as internações por pneumonia no período pós-neonatal de uma coorte de 5.304 crianças. Crianças não amamentadas apresentaram risco 17 vezes maior de serem internadas por pneumonia do que crianças que recebiam apenas leite materno. A não-amamentação afetou ainda mais as crianças abaixo de 3 meses de idade, cujo risco relativo para internação por pneumonia foi de 61 (César et al., 1999). A amamentação predominante por pelo menos seis meses e a amamentação parcial até um ano de idade podem reduzir também a prevalência de infecções respiratórias na infância. Estudo de uma coorte prospectiva de 2.602 crianças australianas acompanhadas desde o nascimento analisou a relação entre duração da amamentação e doenças respiratórias e infecções durante o primeiro ano de vida. Os autores relatam que a amamentação predominante por menos de seis meses mostrou ser fator protetor significativo, reduzindo a frequência de consultas médicas e internações, particularmente por infecções respiratórias do trato superior e chiado. Interromper a amamentação antes dos 12 meses mostrou ser fator de risco para consultas médicas por doença respiratória (Oddy et al., 2003). A etiologia da asma na infância também tem sido objeto de pesquisas mais recentes. Amamentação exclusiva por pelo menos quatro meses mostrou ter efeito protetor significativo contra infecção do trato respiratório inferior com chiado, asma e atopia. Ainda não está bem esclarecido o papel da amamentação sobre a etiologia da asma, porém os estudos sugerem que ele seja decorrente de seu efeito nas infecções, na atopia e em processos inflamatórios (Oddy et al., 2002).

Há controvérsia sobre a alimentação artificial como fator de risco para morte súbita. Ao passo que alguns estudos observaram maior prevalência de alimentação artificial entre os casos do que entre os controles, outros não apontaram qualquer diferença. Alm e colaboradores (2002) observaram uma associação entre amamentação exclusiva e redução da síndrome da morte súbita, após controlar para variáveis de confusão, tais como fumo durante a gravidez, emprego paterno, posição ao dormir e idade da criança. O papel da amamentação como mecanismo de proteção contra morte súbita ainda não foi completamente elucidado. Entre as possíveis explicações de tal proteção estão a menor incidência de infecções, as mamadas frequentes e o contato mais estreito entre mãe e criança.

Os ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa (conhecidos pela sigla em inglês LC-PUFA), particularmente os 22:6 ω 3 e 20:4 ω 6, são considerados essenciais para o desenvolvimento do cérebro e da retina e estão presentes no leite humano. Apesar da falta de clareza sobre a maneira pela qual os LC-PUFA atuam no desenvolvimento, vários estudos foram realizados com o objetivo de verificar as diferenças na acuidade visual e no neurodesenvolvimento, a maioria deles comparando crianças amamentadas com outras alimentadas com fórmulas infantis. Quanto à acuidade visual, parece não haver consenso entre os pesquisadores, e possivelmente isto se deve aos diferentes parâmetros utilizados (Heird & Lapillonne, 2005). Quanto à inteligência, uma metanálise com o propósito de fazer uma revisão crítica dos estudos sobre sua associação com a amamentação encontrou apenas dois artigos com padrão de alta qualidade metodológica, sendo que um deles concluiu que a amamentação tinha efeito significativo sobre a inteligência, ao passo que o outro não. Segundo os autores, embora a maioria dos estudos analisados conclua que a amamentação tem efeito sobre a inteligência, não há evidências convincentes, e futuras investigações deveriam usar métodos e critérios mais rigorosos (Jain, Concato & Leventhal, 2002).

Saúde da Mulher

Até o presente, conforme revisão da literatura publicada por Rea (2004), aqui atualizada, sabe-se que há uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças, como o câncer de mama (Martin et al., 2005), certos cânceres ovarianos e do endométrio (Okamura et al., 2006). Indaga-se também sobre o efeito da amamentação no menor risco de morte por artrite reumatóide, e é controverso seu efeito contra certas fraturas ósseas, especialmente coxofemoral, pois há estudos mostrando que mulheres que amamentam apresentam menos osteoporose e menos fraturas (Rea, 2004). Muitos trabalhos foram publicados mostrando como a amamentação se relaciona à amenorréia pós-parto e ao conseqüente maior espaçamento intergestacional. Outros benefícios para a mulher que amamenta são o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e o menor sangramento uterino pós-parto (conseqüentemente, menos anemia), devido à involução uterina mais rápida provocada pela maior liberação de ocitocina.

Uma revisão de 47 estudos realizados em trinta países envolvendo cerca de cinquenta mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles sugere que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama. A amamentação foi tanto mais protetora quanto mais prolongada: o risco relativo de ter câncer decresceu 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação, independentemente da origem das mulheres (países desenvolvidos *vs* não desenvolvidos), idade, etnia, presença ou não de menopausa e número de filhos. Estimou-se que a incidência de cânceres de mama nos países desenvolvidos seria reduzida a mais da metade (de 6,3 para 2,7%) se as mulheres amamentassem por mais tempo (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002). Por sua vez, Martin e colaboradores (2005), analisando dados de uma coorte com 4.999 sujeitos, iniciada nos anos 30 do último século, além de uma extensa metanálise de outros estudos, concluíram que o fato de ter sido amamentada está relacionado a menor risco de câncer somente pré-menopausa.

Um estudo caso controle realizado em hospital japonês envolvendo 155 mulheres com câncer do endométrio e 96 controles encontrou maior risco desse câncer entre aquelas múltiparas que nunca haviam amamentado; para os autores, o aumento verificado nos casos de câncer de endométrio pode estar relacionado à diminuição da prática de amamentar e à menor paridade de mulheres do Japão (Okamura et al., 2006).

A relação entre duração da amamentação e diminuição do peso pós-parto foi demonstrada em estudo brasileiro com 405 mulheres, em que a cada mês a mais de amamentação houve uma média de redução de 0,44 kg no peso da mãe (Kac et al., 2004).

Amamentação: como?

No final da década de 1980, apropriando-se da informação nova de que o aleitamento materno exclusivo no início da vida é fundamental, autoridades da OMS, do Fundo das Nações para a Infância (Unicef), de organismos bilaterais e técnicos de saúde passam a se reunir para elaborar uma estratégia que levasse em conta os diversos determinantes que interferiam nessa prática, criando-se o International Group on Action on Breastfeeding (Igab).

Esse grupo procurou aprofundar a compreensão sobre como trabalhar com tais determinantes: serviços de saúde e hospitais; grupos de mães e comunidade; treinamento (destacando-se os cursos de especialização em lactação humana do Wellstart International, de San Diego, EUA, e os cursos da International Baby Food Action Network (Ibfan), África; comunicação, educação; Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno; mulher trabalhadora. O aprofundamento se deu em debates técnicos entre 1989 e 1990, atualizando conhecimentos e a discussão sobre a implementação de ações que visassem à melhor forma de trabalhar cada um dos temas acima, sempre tendo em vista a diminuição do desmame precoce. Diversos foram os documentos então produzidos, os quais foram levados a uma reunião final em Florença, na Itália, em um antigo hospital infantil, denominado Hospedale Del Innocenti, no dia 1 de agosto de 1990. O processo teve aí seu encerramento, com um encontro de técnicos e políticos de cerca de trinta países – o Brasil foi um deles – especialmente convidados. Aí se lança, então, a chamada *Declaração de Innocenti* (WHO/Unicef, 1990).

Assim, a *Declaração de Innocenti*, diferentemente de qualquer outro documento internacional produzido pelas autoridades de saúde, foi o resultado de um intenso e participativo processo de análise e traz objetivo claro e metas a serem alcançadas pelos países na promoção da amamentação bem definidas. O objetivo era fortalecer a mulher na sua decisão de amamentar exclusivamente até os 6 meses¹ de vida e continuar amamentando, com alimentos complementares até o segundo ano de vida, ou mais. Assim se resumiam quatro ações fundamentais que os países deveriam realizar para que se alcançasse tal objetivo:

- 1) Criar e manter uma coordenação e um comitê pró-amamentação de âmbito nacional.
- 2) Assegurar que as maternidades cumpram os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, publicados em 1989.
- 3) Implementar todo o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (de 1981) e resoluções da Assembléia Mundial da Saúde subseqüentes e relevantes.
- 4) Implementar as leis trabalhistas, buscando formas criativas de proteger a mulher trabalhadora lactante e respeitando seus benefícios.

No encontro de Innocenti, foram destacadas atividades que vinham sendo desenvolvidas pelo Brasil havia uma década, como a mobilização social, as campanhas na mídia, a implementação do código com a elaboração de uma legislação nacional equivalente (em 1988), a extensão da licença-maternidade para 120 dias para a mulher trabalhadora (também em 1988) e, em especial, a existência, desde 1981, de uma equipe coordenadora nacional de todas essas ações. Uma avaliação do programa mostrava que havíamos obtido ganhos significativos na proporção de mães que passaram a iniciar e a praticar o aleitamento materno por mais tempo.² Mas nada havia a mostrar sobre aleitamento materno ‘exclusivo’ (só leite materno, sem água, chá ou qualquer outro fluido), porque isso ainda não era parte de nossos conhecimentos.

Em contrapartida, as atividades realizadas pelas maternidades ainda se restringiam à permanência de mãe e bebê no mesmo quarto – em alojamento conjunto, que já era uma norma brasileira, mas estava em processo de divulgação; os demais ‘passos’ para o sucesso do aleitamento materno nas maternidades só vieram a ser conhecidos efetivamente nos anos 90.

A OMS e o Unicef passaram, recentemente, a oferecer novas diretrizes quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, por meio da Estratégia Global sobre Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, mas sem a 'visão' que a *Declaração de Innocenti* conteve. De fato, OMS e Unicef, assim como outros parceiros como International Baby Food Action Network (Ibfan), World Alliance for Breastfeeding Action (Waba), International Lactation Consultant Association (Ilca) e La Leche League International (LLLI), seguem tendo em *Innocenti* uma referência fundamental, e reafirmaram os mesmos objetivos em 2005 durante a celebração dos 15 anos da declaração (Unicef Innocenti Research Centre, 2005).

Sabe-se que a amamentação no Brasil cresceu do final dos anos 70 até os anos 90 (Venâncio & Monteiro, 1998); mas o crescimento foi ainda maior no final dos anos 90 e início de 2000, quando nossas autoridades da área planejaram e realizaram adequadamente ações descentralizadas de capacitação de profissionais usando os materiais de treinamento adaptados da OMS/Unicef, estratégias da Ibfan e da rede de Banco de Leite Humano. O objetivo foi implementar as metas de *Innocenti* com ações inovadoras de mobilização social (parcerias com Correios, Corpo de Bombeiros etc.) (Rea, 2003).

Serão detalhadas, a seguir, as principais ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A OMS e o Unicef lançaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1992, como estratégia para atingir uma das metas estabelecidas na *Declaração de Innocenti*, na Cúpula Mundial para a Infância e no Plano de Ação para a Nutrição (WHO, 1998).

Desde seu lançamento, mais de 19.000 hospitais foram credenciados em 150 países. Para ser habilitado como Hospital Amigo da Criança, um hospital-maternidade deve implantar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (Quadro 1) e manter a política de não aceitar doações de fórmulas infantis e outros produtos que competem com a amamentação. O processo de avaliação a que o hospital é submetido para receber o título da IHAC é padronizado e único em todo o mundo (Unicef Innocenti Research Centre, 2005).

O Brasil foi um dos 12 primeiros países a incorporar a IHAC em sua política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Aqui, adicionalmente são exigidos outros requisitos, aos quais tem sido atribuída parte da lentidão no processo de habilitação dos hospitais interessados (Brasil, 2004; Araújo, 2005a).

Estudos realizados em diferentes países consideram a IHAC uma ação extremamente efetiva, que leva ao incremento da prevalência e duração da amamentação exclusiva e total (Lutter et al., 1997; Kramer et al. 2001; Merten, Dratva & Ackermann-Liebrich, 2005).

Na Suíça, o incremento nas taxas de amamentação que o país tem vivenciado desde 1994 deve-se em parte ao número crescente de Hospitais Amigos da Criança. Segundo Merten e colaboradores (2005), os serviços utilizam o título de Amigo da Criança como forma de se promover, e isto tem influenciado a escolha das mulheres que desejam amamentar sobre o local para dar à luz.

Avaliação sobre experiências dos países com a implementação das metas da *Declaração de Innocenti*, conduzida em 2002, mostrou que propostas como a dos dez passos são facilmente compreendidas e aceitas, porém sua sustentabilidade parece mais efetiva quando vinculada a uma abordagem que inclui política, legislação, reforma do sistema de saúde e intervenções na comunidade (Unicef Innocenti Research Center, 2005). Os desafios para a implementação da IHAC elencados por essa avaliação incluem: grande rotatividade de profissionais da saúde; estratégias para controle e manutenção do padrão de qualidade dos hospitais credenciados; sua inclusão no orçamento dos governos; adequado investimento no apoio à mãe após a alta da maternidade; clareza sobre como lidar com as mulheres HIV positivo; aperfeiçoamento da atenção à mulher durante o trabalho de parto e o parto; integração com outras iniciativas em apoio às Metas do Milênio para o Desenvolvimento.

A sustentabilidade da IHAC foi avaliada no Brasil em 2002 (Araújo et al., 2003) e, na análise dos questionários de 137 HAC (90%) do total de 152 HAC credenciados à época, observou-se que 92% cumpriram todos os dez passos. Os passos um, três, seis, sete, oito e nove apresentaram mais de 98% de cumprimento. O passo cinco foi o menos cumprido. Comparando-se as regiões do país, observou-se que, no Nordeste, no Sul e no Sudeste, 90% dos hospitais foram aprovados em todos os dez passos. Na região Norte, apenas 50% dos hospitais os cumpriram integralmente.

Quadro 1 – Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que as mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Fonte: WHO (1998).

Código

A influência da promoção comercial sobre as práticas de alimentação infantil e suas conseqüências sobre o desmame precoce, a desnutrição e a mortalidade infantil foram bastante discutidas nas décadas de 1960 e 1970. Em conseqüência disso, a OMS e o Unicef realizaram a Reunião Conjunta sobre Alimentação do Lactente e da Criança Pequena em Genebra, em 1979 (OMS/Unicef, 1979). Ao final da reunião, foi recomendada a criação de um conjunto de normas, fundamentadas em princípios éticos, para nortear a promoção comercial de substitutos do leite materno: o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, o qual foi desenvolvido e aprovado em 1981 pela Assembléia Mundial da Saúde (WHO/Unicef, 1981).

O objetivo principal do Código Internacional é contribuir para o fornecimento de nutrição segura e adequada aos lactentes, por meio da proteção e promoção da amamentação e da regulação da promoção comercial dos substitutos do leite materno. O código aplica-se aos substitutos do leite materno, sejam fórmulas, leites ou alimentos complementares, a mamadeiras e bicos.

Até 2005, 64 países haviam adotado medidas para a implementação do código, dentre eles o Brasil, que o adotou como norma, em 1988, abrangendo praticamente todas as suas disposições. Entretanto, ainda há pelo menos dez países onde nenhuma medida foi tomada, além de muitos outros onde o código é voluntário ou inclui parcialmente as medidas (Sokol, 2005).

O código brasileiro foi publicado como resolução n. 5, de 20 de dezembro de 1988, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1988). Em 1992, decidiu-se revisar essa resolução e encaminhar propostas de modificações que foram aprovadas como a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), publicada também como Resolução CNS n. 31, de 12 de outubro de 1992 (Ministério da Saúde, 1993).

Em 1999 e 2000, nova revisão foi realizada, com base em uma reflexão sobre as inconsistências e dificuldades de implementação daquele segundo texto da norma, e assim aprovou-se, com a decisiva participação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), uma versão melhorada de nosso código, agora subdividido em três textos: 1) Portaria Ministério da Saúde MS 2.051, de 8 de novembro de 2001 (Ministério da Saúde, 2001); 2) Resolução Anvisa – RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 221 (Anvisa, 2002a) e 3) Resolução Anvisa – RDC 222, de 5 de agosto de 2002 (Anvisa, 2002b), as quais constituem hoje a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. Uma análise dos avanços de nosso código ou norma, desde sua primeira versão, foi realizada por Araújo et al. (2006). Em janeiro de 2006, a norma foi aprovada pelo Parlamento brasileiro e sancionada como lei n.11.265, pela Presidência da República (Brasil, 2006).

Benefícios Trabalhistas e Amamentação

Tem aumentado a participação da mulher-mãe no mercado de trabalho, e quase todos os países do mundo o reconhecem, provendo aquelas formalmente empregadas de benefícios trabalhistas. Mas são as mulheres no mercado informal, sem benefícios, a maior preocupação das autoridades de saúde. É preocupante, também, saber que dos vários benefícios trabalhistas existentes quanto à proteção da maternidade, são os referentes às possibilidades de amamentar os menos cumpridos, ou mais negociados pelos sindicatos. Diferentemente do curso da gestação e do parto, a amamentação pode ser interrompida pela mulher; se ela não tem as condições adequadas para manter a lactação, o trabalho fora é motivo, explícito ou não, para o desmame (Rea & Cukier, 1988).

Desde o ano de sua fundação, 1919, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) criou uma Convenção Trabalhista de Proteção à Maternidade. Mas é de 2001 a mais recente revisão dessa convenção, em que se recomenda aos países que a licença-maternidade seja de 14 semanas, que haja pausas remuneradas para amamentar durante o trabalho e que as empregadas informais sejam distinguidas com o direito a benefícios. Hoje, dos países que dão 14 semanas ou mais de licença-maternidade, temos 23/49 na África, 8/35 nas Américas, 12/40 na Ásia e Oriente Médio, 41/44 na Europa e 2/7 na Oceania (Waba, 2006).

No Brasil, esse benefício é de 120 dias (17 semanas), e vários municípios já o estenderam para seis meses para suas funcionárias; encontra-se em discussão no Parlamento um projeto de lei desta natureza. O cumprimento de todos os benefícios, incluindo a rara provisão de creche no nosso meio, não é garantia de que todas as mães trabalhadoras amamentem, embora auxilie bastante, como mostra Gomes (2006), em seu trabalho realizado em São Paulo. Entre as mulheres nessas condições com crianças de 6 a 12 meses nas creches das empresas, 67% ainda amamentavam; flexibilidade no horário, mudanças de turnos e existência de um ônibus para transporte oferecido pela empresa são fatores que facilitaram a prática de amamentar.

Semana Mundial de Aleitamento Materno e Outras Campanhas

Em fevereiro de 1991, criou-se a World Alliance for Breastfeeding Action (Waba), inicialmente composta por American Public Health Association (Apha), La Leche League International (LLL), International Baby Food Action Network (Ibfan), International Lactation Consultants Association (Ilca), International Organization of Consumer Unions (Iocu), Wellstart International e World Council of Churches. O objetivo dessa aliança seria mobilizar a sociedade para o apoio à amamentação.

A primeira ação lançada pela Waba foi a Semana Mundial de Aleitamento Materno (Smam), em 1992. Desde então, essa estratégia de mobilização social tem levado à participação efetiva de muitos órgãos governamentais, de organizações que fazem parte das Nações Unidas e de organizações da sociedade civil.

A Smam tem sido celebrada, na maioria dos países, durante a primeira semana de agosto. Inúmeras e criativas são as formas que os mais de cem países participantes encontraram de mobilizar a sociedade em torno dos temas anualmente definidos pela Waba. Os temas diversificados (Quadro 2) têm proporcionado a interação do aleitamento materno com outros grupos e disciplinas, tais como ecologia, economia, direitos humanos, globalização, entre outros.

Considera-se que a Smam é uma das estratégias bem-sucedidas, por seu alcance mundial, impacto, criatividade e apropriação por governos e grupos locais. O Brasil tem participado dessa iniciativa desde o princípio, inicialmente por intermédio de grupos não governamentais. Atualmente, o Ministério da Saúde tem liderado esse movimento e muitos municípios aprovaram datas comemorativas oficiais para a Smam (Unicef Innocenti Research Center, 2005; Siqueira & Toma, 2006).

No final dos anos 90, a parceria entre Ministério da Saúde e Correios expandiu a campanha promovida na Semana para um mês. Segundo Araújo e colaboradores (2003), o ministério implantou o Projeto Carteiro Amigo da Amamentação em 1999 em oito estados do Nordeste brasileiro, onde foram treinados três mil carteiros e potencialmente beneficiadas 665.000 crianças menores de um ano e gestantes. Em 2000, o projeto treinou 6.100 carteiros das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, que levaram informações para cerca de um milhão de mães de crianças menores de um ano e gestantes. Nos anos 2001 e 2002, o projeto aconteceu em todo o Brasil. Em 2001, participaram 16.500 carteiros, beneficiando 2.900.000 crianças menores de um ano e gestantes. Em 2002, foram treinados 23.400 carteiros, estimando-se cerca de 3.400.000 de beneficiários. Campanhas pró-amamentação pela mídia, como as realizadas pelo Brasil no início dos anos 80, quando bem realizadas, mostram-se um importante meio de difundir o tema entre a sociedade (Rea, 1990).

Quadro 2 – Temas da Semana Mundial de Aleitamento Materno de 1992 a 2007

1992 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
1993 - Mulher, trabalho e amamentação
1994 - Faça o código funcionar
1995 - Amamentar fortalece a mulher
1996 - Amamentação: uma responsabilidade de todos
1997 - Amamentar é um ato ecológico
1998 - Amamentar é um barato... o melhor investimento
1999 - Amamentar é educar para a vida
2000 - Amamentar é um direito humano
2001 - Amamentação na era da informação
2002 - Amamentação: mães e bebês saudáveis
2003 - Amamentação: promovendo a paz em um mundo globalizado
2004 - Amamentação exclusiva: satisfação, segurança e sorrisos
2005 - Amamentação e alimentos complementares
2006 - 25 anos do Código Internacional
2007 - A importância de amamentar na primeira hora de vida

Fonte: Siqueira & Toma (2006).

Capacitação de Profissionais da Saúde em Aleitamento Materno

Revisão sistemática, realizada com o objetivo de avaliar as evidências sobre programas efetivos para aumentar o número de mulheres que iniciam a amamentação, selecionou 59 estudos. Estes foram agrupados segundo os temas educação em saúde; iniciativas gerais do setor Saúde; Iniciativa Hospital Amigo da Criança; capacitação de profissionais da saúde; programa de suplementação nutricional; apoio social de profissionais da saúde; apoio de pares; campanhas em meios de comunicação e outras intervenções.

Atividade em grupos pequenos durante o pré-natal, educação face a face, apoio de pares antes e após o parto mostraram efetividade como intervenções isoladas. Pacotes de intervenção que incluem apoio de pares e/ou campanhas em meios de comunicação associados a mudanças estruturais do setor Saúde e/ou atividades educativas também se mostraram efetivos. Com relação aos serviços de saúde, mostraram-se relevantes as mudanças estruturais nas práticas de promoção do aleitamento materno nos hospitais, sendo o alojamento conjunto uma ação-chave (Fairbank et al., 2000).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança é uma estratégia que trouxe em seu bojo a necessidade de capacitação dos trabalhadores de saúde (Passo 2) e acabou contribuindo para o surgimento de diferentes tipos de cursos. Com o propósito de favorecer a implantação dos dez passos nos hospitais, a OMS e o Unicef desenvolveram um “Curso sobre manejo do aleitamento materno”, com carga horária de 18 horas. No Brasil, o manual do curso foi distribuído pelo Ministério da Saúde a todos os hospitais interessados em mudar suas rotinas em favor da amamentação. Elaborado de maneira a ser facilmente incorporado pelos serviços de saúde, esse manual traz orientações sobre métodos de ensino e materiais de apoio para serem utilizados em cada uma de suas 14 sessões. Com base em experiências de especialistas em lidar com a capacitação de trabalhadores da saúde em países da África, chegou-se à conclusão de que os cursos precisam ter uma duração de pelo menos três dias para provocar uma mudança de atitudes (Brasil, 2003). O curso, que no início tinha 18 horas, foi recentemente revisto pelo Unicef e tem agora vinte horas (www.unicef.org).

A implementação da IHAC levou à constatação de que não bastava capacitar os trabalhadores dos hospitais, se não houvesse ao mesmo tempo uma sensibilização dos gestores e administradores dos serviços. Por isso, criou-se um curso de curta duração para gestores, cujo conteúdo é voltado para as necessidades e interesses dessa categoria de profissionais, incluindo-se o impacto econômico direto e indireto da incorporação dos dez passos. Uma sessão sobre planejamento permite que o participante pense sobre a situação particular do seu hospital, enumere dificuldades e facilidades, possíveis formas de contornar as dificuldades, metas e prazos (OMS/Unicef, 1999).

A dificuldade de transformar teoria em prática tem sido uma preocupação constante na área da saúde. Quando se lida com crianças, a situação é ainda mais complexa, na medida em que é necessário o passo adicional de conseguir uma comunicação apropriada com suas mães ou outros cuidadores. Na amamentação, há muitos pontos sensíveis, que exigiriam comportamentos, sentimentos e atitudes do profissional para lidar com a mãe de maneira confortável, denominadas “habilidades de aconselhamento” (Garrick, 1979). Essas habilidades incluem, entre outras, saber ouvir, evitar julgamentos, elogiar e oferecer poucas sugestões relevantes. O “Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento” foi elaborado pela OMS com essa finalidade (OMS/Unicef, 1997). A avaliação do curso realizada em São Paulo mostrou mudança significativa na prática de médicos, enfermeiros e auxiliares de unidades básicas de saúde e concluiu pela necessidade de um período adicional de supervisão (Rea et al., 1999). Outros cursos de aconselhamento, voltados para lidar com a alimentação de crianças filhas de mães HIV positivo e alimentação complementar, foram desenvolvidos posteriormente, cada um deles com duração aproximada de quarenta horas (OMS/Unicef, 2003).

O mais recente material de aconselhamento sobre alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, com cerca de 35 horas, integra três cursos anteriores e foi lançado em 2006 para atender à demanda dos países por cursos mais curtos: “Integrated Infant Feeding Counselling: a training course”. Esse curso traz como novidade a proposta de realizar um período de seguimento com supervisão dos profissionais após o curso e avaliá-los, introduzindo a noção de ‘competências’ (WHO, 2006).

A elaboração de cursos de aconselhamento como esses da OMS exige a reunião de especialistas de diversas áreas do conhecimento e, por isso, são processos longos e custosos. Assim, parece lógico deles apropriar-se desde que seja possível adaptá-los à cultura e estrutura de serviços de saúde de cada país ou região. A necessidade de adaptação e avaliação de propostas de capacitação dessa natureza repousa no fato de se questionar em que medida elas podem atender às necessidades de diferentes categorias profissionais, organização de serviços e ser utilizadas em larga escala.

O período em que houve maior número de capacitações de profissionais da saúde do país coincide com o período de maior aumento da duração da amamentação (Rea, 2003): no final dos anos 90 e início de 2000, 31.655 profissionais foram capacitados, por meio de cursos de aconselhamento (1.740 profissionais); cursos para 265 fiscais da Vigilância Sanitária sobre a NBCAL; cursos para 395 avaliadores da IHAC; cursos de 12 horas para 2.040 gestores de maternidades sobre a IHAC e 430 cursos de Bancos de Leite Humano nos 27 estados – todos eles coordenados pelo Ministério da Saúde (Araújo, 2005b). A partir de 2003 a coordenação nacional de tais cursos foi descontinuada, e não se sabe em que medida continuam sendo realizados sob a responsabilidade de municípios.

Amamentação em Situações Excepcionais

A Estratégia Global aqui mencionada aborda a necessidade de proporcionar orientação e apoio para a alimentação apropriada das crianças em situação excepcionalmente difícil. Em nosso meio, destacamos duas circunstâncias: os bebês de baixo peso ao nascer e os filhos de mães HIV positivo.

O baixo peso ao nascer tem sido uma importante razão para não amamentar, seja pela preocupação com o ganho de peso desses bebês, seja pela dificuldade de manter a lactação de suas mães. Estudos clínicos sugerem importante proteção conferida pelo leite humano contra vários tipos de infecção em recém-nascido pré-termo, sendo de particular interesse a enterocolite necrosante, uma doença inflamatória intestinal aguda que costuma ser devastadora nas unidades neonatais (Schanler, 2001; Lucas & Cole, 1990).

No Brasil, a rede composta por cerca de 180 bancos de leite humano tem como prioridade prover o leite pasteurizado da própria mãe aos bebês pré-termo (Menconi, 2005). Além disso, o Método Mãe Canguru, cujas diretrizes foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde em 2000, tem sido implantado de forma crescente no país e propiciado a prática do contato pele-a-pele e a participação precoce da mãe nos cuidados do recém-nascido de baixo peso. Os resultados alcançados em termos de incidência e duração da amamentação dessas crianças são surpreendentes (Lamy et al., 2005; Colameo & Rea, 2006).

Entre as infecções virais, o principal desafio da atualidade refere-se às crianças filhas de mulheres HIV positivo. As medidas nacionais para prevenção da contaminação do HIV por meio do aleitamento materno foram publicadas na portaria n. 97, de 28 de agosto de 1995, pelo Ministério da Saúde. Nessa portaria, recomenda-se que as mães HIV positivo não amamentem seus filhos, contra-indicando o aleitamento cruzado e indicando a alternativa de utilização de leite humano pasteurizado, inclusive da própria mãe. Porém, o sistema de bancos de leite humano precisaria estar organizado de maneira a incluir essas crianças em sua lista de prioridades. Atualmente, a quase totalidade dos bancos brasileiros está sediada em hospital e atende somente à sua demanda interna.

Para enfrentar a situação da epidemia de HIV-Aids em alguns países da África, cientistas estão estudando alternativas para tratamento do leite materno que sejam viáveis do ponto de vista prático e econômico. A técnica de pasteurização dos bancos de leite humano utiliza o aquecimento à temperatura de 62°C por 30 minutos e resfriamento brusco (Menconi, 2005). Outras possibilidades, que estão sendo avaliadas, incluem o método conhecido como tratamento pelo calor (56°C por 30 minutos) e o uso do pasteurizador solar (60°C por 30 minutos), além dos métodos que utilizam banho-maria (como a pasteurização de Pretória), a fervura e o método microbicida com o uso de sódio dodecil sulfato (Hartmann, Berlin & Howett, 2006).

Considerações Finais

Em que pesem todos os conhecimentos acumulados sobre a importância de amamentar exclusivamente nos primeiros seis meses e seguir amamentando após a introdução de outros alimentos, nota-se ainda alguma resistência quanto a esta temática, como se ela fosse uma prática simples e de estudo pouco importante. Falta incorporar nos currículos das escolas de saúde muito do conhecimento atualizado ao qual se referiu aqui.

Como se sabe, a mobilização social ocorrida no Brasil desde os anos 80 foi bem-sucedida no sentido de fazer da amamentação uma norma de comportamento da sociedade, e não uma exceção. Nosso país se apropriou das políticas públicas internacionais relevantes sobre aleitamento e conseguiu traduzi-las em práticas e normas conseqüentes de aplicação local em nosso sistema de saúde.

Nossas ações em prol da amamentação têm sido observadas com interesse pelos demais países e autoridades de saúde, já que há algumas décadas mostramos que sabemos por que e como amamentar. Novas avaliações sobre aleitamento, que estão sendo realizadas, deverão mostrar como andam nossos índices de aleitamento materno e as necessidades de melhorar novas ou reviver velhas práticas.

Notas

¹ Em 1990, quando a declaração foi escrita, recomendou-se de quatro a seis meses; hoje, as evidências científicas nos permitem recomendar seis meses.

² Parte dessa documentação foi publicada em Rea (2003).

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 221, 5 ago. 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 ago. 2002a.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n. 222, 5 ago. 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 ago. 2002b.
- ALM, B. et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. *Archives of Diseases in Childhood*, 86: 400-402, 2002.
- ANDERSON, G. C. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software, 2007.
- ARAÚJO, M. F. M. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: análise da evolução do credenciamento de hospitais no período de 1992 a 2004 e da reavaliação do cumprimento dos "Dez Passos", em 2002*, 2005a. Dissertação de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília.

- ARAÚJO, M. F. M. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M. R. & TAMEZ, R. N. (Org.) *Amamentação: bases científicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005b.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3(2): 195-204, 2003.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. *Revista de Saúde Pública*, 40(3): 513-520, 2006.
- BAHL, R. et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(6): 418-426, 2005.
- BETRÁN, A. P. et al. Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. *British Medical Journal*, 323: 303, 2001. Disponível em: <<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/303>>. Acesso em: 06 dez. 2006.
- BLACK, R. E.; MORRIS, S. S. & BRYCE, J. Where and why are 10 million children dying every year? *The Lancet*, 361: 2.226-2.234, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manejo e Promoção do Aleitamento Materno: curso de 18 horas para equipes de maternidades*. Brasília: MS, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 756. Dispõe sobre as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 242, p. 99, 17 dez. 2004. Seção 1.
- BRASIL. Lei n. 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial da União*, Brasília, ano CXLIII n. 3, 4 jan. 2006. Seção 1.
- CÉSAR, J. A. et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *British Medical Journal*, 318: 1.316-1.320, 1999.
- COLAMEO, A. J. & REA, M. F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3): 597-607, 2006.
- COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50.302 women with breast cancer and 96.973 women without the disease. *The Lancet*, 360: 187-195, 2002.
- EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, 117: 380-386, 2006.
- FAIRBANK, L. et al. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding: executive summary. *Health Technology Assessment*, 4(25), 2000.
- GARRICK, C. Teaching for counselling skills. *Medical Journal of Australia*, 2: 358-359, 1979.
- GOMES, R. G. *Alimentação de Crianças de 6 a 12 Meses, Filhos de Mulheres em Trabalho Formal na Grande São Paulo*, 2006. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências, Secretaria de Estado da Saúde.

- HARTMANN, S. U.; BERLIN, C. M. & HOWETT, M. K. Alternative modified infant-feeding practices to prevent postnatal transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 through breast milk: past, present and future. *Journal of Human Lactation*, 22(1): 75-88, 2006.
- HEIRD, W. C. & LAPILLONNE, A. The role of essential fatty acids in development. *Annual Review on Nutrition*, 25: 549-571, 2005.
- JACKSON, K. M. & NAZAR, A. M. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *Journal of the American Osteopathology Association*, 106: 203-207, 2006.
- JAIN, A.; CONCATO, J. & LEVENTHAL, J. M. How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence? *Pediatrics*, 109: 1.044-1.053, 2002.
- JONES, G. et al. Bellagio Child Survival Study Group: how many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*, 362: 65-71, 2003.
- KAC, G. et al. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79(3): 487-493, 2004.
- KRAMER, M. S. & KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Update software. Disponível em: <www.bireme.org.br>. Acesso em: 30 nov. 2006.
- KRAMER, M. S. et al. The Probit Study Group. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (Probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Jama*, 285(4): 413-420, 2001.
- LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 659-668, 2005.
- LUCAS, A. & COLE, T. J. Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. *The Lancet*, 336: 1.519-1.523, 1990.
- LUTTER, C. K. et al. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *American Journal of Public Health*, 87: 659-663, 1997.
- MARTIN, R. M. et al. Breastfeeding and cancer: The Boyd Orr Cohort and a Systematic Review with Meta-analysis. *Journal of National Cancer Institute*, 97(19): 1.446-1.457, 2005.
- MENCONI, S. D. Banco de leite humano. In: CARVALHO, M. R. & TAMEZ, E. R. N. *Amamentação: bases científicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- MERTEN, S.; DRATVA, J. & ACKERMANN-LIEBRICH, U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, 116(5): 702-708, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CNS n. 5, de 20 de dezembro de 1988 do Conselho Nacional da Saúde: normas para comercialização de alimentos para lactentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 dez. 1988.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução CNS n. 31/1992 do Conselho Nacional da Saúde: Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 nov. 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2051, de 8 de novembro de 2001 do Gabinete do Ministro: Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 nov. 2001.

- MORROW, A. L. et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 353: 1.226-1.231, 1999.
- NEWBURG, D. S.; RUIZ-PALACIOS, G. M. & MORROW, A. L. Human milk glycans protect infants against enteric pathogens. *Annual Review on Nutrition*, 25: 37-58, 2005.
- ODDY, W. H. et al. The effects of respiratory infections, atopy, and breastfeeding on childhood asthma. *European Respiratory Journal*, 19: 899-905, 2002.
- ODDY, W. H. et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Archives of Diseases in Childhood*, 88: 224-228, 2003.
- OKAMURA, C. et al. Lactation and risk of endometrial cancer in Japan: a case-control study. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 208: 109-115, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Reunião Conjunta OMS/Unicef sobre a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas: declaração e recomendações*. Genebra: OMS, 1979.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Aconselhamento em Amamentação: um curso de treinamento*. Ed. e adapt. port. M. F. Rea, trad. C. M. G. Monte. São Paulo: Instituto de Saúde, 1997.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Promoção do Aleitamento Materno nas Instituições de Saúde: curso intensivo para planejadores e gestores de saúde*. Ed. e adapt. port. M. F. Rea e T. S. Toma, trad. T. Ribeiro Filho e S. S. B. Silva. São Paulo: Instituto de Saúde, 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Aconselhamento em HIV e Alimentação Infantil: um curso de treinamento*. Ed. e adapt. port. M. F. Rea, trad. C. M. G. Monte. São Paulo: Instituto de Saúde, 2003.
- REA, M. F. The Brazilian National Breastfeeding Program: a success story. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 31, suppl. 1: 79-82, 1990.
- REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, supl. 1: 37-45, 2003.
- REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80(5): S142-S146, 2004.
- REA, M. F. & CUKIER, R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. *Revista de Saúde Pública*, 22(3): 184-191, 1988.
- REA, M. F. et al. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(6): 492-498, 1999.
- SCHANLER, R. J. The use of human milk for premature infants. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1): 207-219, 2001.
- SIQUEIRA, S. R. & TOMA, T. S. As semanas mundiais de aleitamento materno. In: REGO, J. D. 2. ed. rev. e ampl. *Aleitamento Materno*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- SOKOL, E. J. *The Code Handbook: a guide to implementing the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*. 2. ed. Den Haag: ICDC, 2005.

- UNICEF INNOCENTI RESEARCH CENTRE. 1990-2005. Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding. Nov. 2005.
- VENÂNCIO, S. I. & MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(1): 40-49, 1998.
- VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *The Lancet*, II (8554): 319-322, 1987.
- WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA). Status of maternity protection by country. Update 21 May 2006. Disponível em: <www.waba.org.my>. Acesso em: 31 maio 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breast feeding practices. Report of an Informal Meeting 11-12 June 1991, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Geneva: WHO, 1998. (WHO/CHD/98.9)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Integrated Infant Feeding Counselling: a training course*. Geneva: WHO, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. Geneva: WHO, 1981.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Meeting "Breastfeeding in the 1990s: a global initiative". Cosponsored by the United States Agency for International Development (AID) and the Swedish International Development Authority (Sida), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, on 30 July-1 August, 1990.