

Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação



**Promoção, proteção e apoio
ao aleitamento materno:
evidências científicas e
experiências de implementação**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista

São Paulo-SP – CEP: 01314-000

Tel.: (11) 3116-8500

Fax: (11) 3105-2772

www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

Dr. José Henrique Germann Ferreira

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde

Sônia I. Venancio

**Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento
para o SUS-SP**

Tereza Etsuko da Costa Rosa

**Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde
para o SUS/SP**

Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva**Volume 26 – Promoção, proteção e apoio ao
aleitamento materno: evidências científicas e
experiências de implementação**

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-85-88169-38-8

Tiragem: 2 mil exemplares

**Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno:
evidências científicas e experiências de implementação****Organização:**

Sonia Isoyama Venancio e Tereza Setsuko Toma

Edição: Márcio Derbli

Imagens da capa: Fernanda Sá

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Camila Garcia Tosetti Peção

Administração

Bianca de Mattos Santos

Conselho Editorial Executivo

Camila Garcia Tosetti Peção

Carlos Tato Cortizo

Luiza Sterman Heimann

Márcio Derbli

Marcio Sussumu Hirayama

Maria Thereza Bonilha Dubugras

Tania Izabel de Andrade

Tereza Setsuko Toma

Bibliotecária

Tania Izabel de Andrade

Revisão, capa e tratamento de imagens:

Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Projeto gráfico, editoração e impressão:

Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

**Este livro não pode ser comercializado e sua
distribuição é gratuita. A versão online está disponível
no site [www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/
producao-editorial/temas-em-saude-coletiva](http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva).**

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

P958 Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: evidências científicas e experiências de implementação / organizadores: Sonia Isoyama Venancio, Tereza Setsuko Toma. – São Paulo: Instituto de Saúde, 2019.

272p. (Temas em saúde coletiva)

Vários autores.

Inclui bibliografia ao final de cada capítulo.

ISBN: 978-85-88169-38-8

1. Amamentação 2. Aleitamento materno 3. Aconselhamento em amamentação 4. Atenção Básica em Saúde I. Venancio, Sonia Isoyama. II. Toma, Tereza Setsuko. III. Série.

CDD: 618.92

Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação

**Sonia Isoyama Venancio
Tereza Setsuko Toma**
Organizadoras

**Instituto de Saúde
São Paulo – 2019**

Sumário

Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação

Apresentação

Sonia Ioyama Venancio, Tereza Setsuko Toma 7

A pesquisa em aleitamento materno

Maritsa Carla de Bortoli, Sonia Ioyama Venancio, Tereza Setsuko Toma 11

Evidências científicas do impacto da amamentação e da amamentação exclusiva na saúde das mulheres e crianças

Elsa Regina Justo Giugliani, Cesar Gomes Victora 39

Panorama do aleitamento materno no mundo e no Brasil

Sonia Ioyama Venancio 55

Código Internacional e NBCAL: salvaguardas para um mundo com menos pressão do marketing sobre as famílias de crianças pequenas

Tereza Setsuko Toma, Jeanine Maria Salve, Fabiana Swain Muller 75

Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: impacto, avanços e desafios

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos 105

Método Canguru: transformações no cuidado neonatal no Brasil e no mundo

Zeni Carvalho Lamy, Sérgio Tadeu Martins Marba, Nicole Oliveira
Mota Gianini, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo,
Roberta Costa, Fernando Lamy Filho 137

Rede Global de Bancos de Leite Humano: em busca da excelência no cuidado ao recém-nascido prematuro

Maria José Guardia Mattar, Jefferson Pereira Guilherme 159

Promoção do aleitamento materno na Atenção Primária em Saúde: evidências sobre efetividade e experiência brasileira	
Paulo Germano de Frias, Lygia Carmen de Moraes Vanderlei, Mariana Oliveira de Alencar Ramalho, Vilma Costa de Macêdo	179
Apoio à mulher trabalhadora que amamenta	
Marina Ferreira Rea	201
Amamentação e grupos de apoio na comunidade	
Ana Basaglia, Fabiola Cassab	215
Perspectivas do aleitamento materno no Brasil: rumo a uma política nacional e à construção de uma linha de cuidado no contexto das Redes de Atenção à Saúde do SUS	
Fernanda Monteiro, Amanda Moura, Renara Guedes Araújo	225
Sistemas Adaptativos Complexos para implementação em escala de Programas de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno	
Gabriela Buccini, Rafael Pérez-Escamilla	237

Apresentação

O Aleitamento Materno é um tema que tem interessado pesquisadores desta instituição desde a década de 1970, por meio de contribuições em pesquisa, assessoria e formação profissional. Neste ano em que o Instituto de Saúde está completando seu 50º aniversário, consideramos oportuna a publicação de um livro da série *Temas em Saúde Coletiva* sobre aleitamento materno, com foco nas evidências científicas que podem apoiar a implementação de políticas públicas.

No primeiro capítulo, Maritsa Carla de Bortoli e colaboradores apresentam uma breve mostra do montante de **pesquisas publicadas** sobre aleitamento materno nas principais bases de dados da literatura científica e discorrem sobre os diferentes delineamentos de pesquisa, contribuindo para o entendimento das informações apresentadas nos capítulos seguintes.

No Capítulo 2, Elsa Regina Justo Giugliani e Cesar Gomes Victora apresentam as evidências científicas sobre o **impacto da amamentação**, em particular a exclusiva, na saúde das crianças e suas mães. As evidências acumuladas ao longo do tempo a partir de pesquisas metodologicamente bem conduzidas nos mostram que o aleitamento protege as crianças de agravos agudos e crônicos.

No Capítulo 3, Sonia Ioyama Venancio apresenta os resultados de pesquisas sobre a **prevalência do aleitamento materno**, nas quais constatamos o grande desafio de alcançar as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Ministério da Saúde (MS) sobre as práticas de alimentação infantil.

No Capítulo 4, Tereza Setsuko Toma e colaboradoras abordam os esforços nacionais e internacionais para proteger a amamentação por meio de legislações que estabelecem regras para a comercialização de fórmulas infantis, leites e outros alimentos, mamadeiras e chupetas, tais como o Código Internacional da OMS-UNICEF e a **Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Mamadeiras, Bicos e Chupetas**.

O Capítulo 5 tem como foco a **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** (IHAC). Evangelia Kotzias Atherino dos Santos apresenta um histórico

sobre o desenvolvimento da IHAC, o impacto dessa iniciativa na melhoria da amamentação e os desafios que se enfrentam em todo o mundo na implementação dos Dez Passos para a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno em maternidades.

No Capítulo 6 é abordado o **Método Canguru**, por Zeni Carvalho Lamy e colaboradores. A partir de uma experiência iniciada em 1979 na Colômbia, discutem-se sua evolução no mundo e as particularidades desse tipo de cuidado no Brasil. Por outro lado, evidencia-se a importância das pesquisas para o fortalecimento dessa proposta e os desafios para sua implementação nas unidades neonatais.

No Capítulo 7, Maria José Guardia Mattar e Jefferson Pereira Guilherme apresentam um histórico da trajetória dos **Bancos de Leite Humano** (BLH) em nosso país, que evoluiu para a criação das Redes Brasileira e Ibero-Americana de BLH. Um grande desafio ainda é a ampliação da cobertura dos BLH, que depende de pessoal capacitado para garantir a qualidade do leite humano ofertado.

No Capítulo 8, Paulo Germano de Frias e colaboradoras mostram o impacto das **ações na Atenção Primária à Saúde** sobre as práticas de amamentação e os desafios para o fortalecimento da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nesse nível de atenção.

No Capítulo 9, Marina Ferreira Rea aborda a necessidade de **apoio à mulher trabalhadora** por meio de licença remunerada e facilidades para a amamentação nos locais de trabalho. Ela nos apresenta um panorama da evolução das discussões sobre o tema e as diferenças entre os países quanto aos períodos de licenças maternidade e paternidade remuneradas.

O Capítulo 10 discute o **apoio de mulheres por outras mulheres** como forma importante de acolhimento em uma fase de grandes mudanças na rotina das novas mães, conforme abordado por Ana Basaglia e Fabiola Cassab. Esses grupos de apoio, no entanto, ainda são pouco desenvolvidos em nosso país, onde esse cuidado é centrado em serviços de saúde.

No Capítulo 11, Fernanda Monteiro e colaboradoras apresentam a evolução das ações de **Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno** no Brasil e os resultados alcançados desde a criação do Programa Nacional de Aleitamento Materno, em 1981.

Para encerrar este livro com fecho de ouro, no Capítulo 12 Gabriela Buccini e Rafael Pérez-Escamilla apresentam estratégias para fortalecer as políticas nacionais de aleitamento materno, uma luz no fim do túnel para enfrentar os grandes desafios na efetivação de todas as iniciativas que estão em andamento. Eles tratam dos **Sistemas Adaptativos Complexos**, uma proposta de trabalho sistemático para implementar programas em larga escala.

Enfim, consideramos que este livro é um exemplo de como podemos cumprir nossa missão institucional e com ele buscamos, também, expressar nosso carinho pelo Instituto de Saúde, que ao longo de seus 50 anos vem desempenhando um importante papel na implementação das políticas de aleitamento materno no país.

O Instituto de Saúde esteve presente em todos os momentos da construção da política pública nessa área.

Agradecemos aos especialistas que aceitaram nosso convite para reunir informações sobre a situação do aleitamento materno no mundo e no Brasil.

Sonia Ioyama Venancio

Tereza Setsuko Toma

Pesquisadoras do Instituto de Saúde
e organizadoras deste livro

A pesquisa em aleitamento materno

Maritsa Carla de Bortoli^I
Sonia Isoyama Venancio^{II}
Tereza Setsuko Toma^{III}

Este capítulo tem por objetivo apresentar brevemente o método científico e os diferentes desenhos de estudos epidemiológicos, com exemplos da área de pesquisa sobre aleitamento materno, para apoiar a leitura e a interpretação dos demais capítulos que abordarão evidências de pesquisas.

Embora a pesquisa básica, a pesquisa clínica e os estudos qualitativos tragam importante contribuição sobre os mecanismos pelos quais a amamentação impacta na saúde e no desenvolvimento, orientem condutas individuais e expressem motivações, significados e percepções sobre o processo da amamentação, focamos nos estudos que podem fornecer evidências sobre os benefícios e o impacto de políticas de aleitamento materno.

Explorando a produção científica em aleitamento materno

Antes de introduzir-se nos desenhos de estudos epidemiológicos propriamente ditos, é interessante entender como, no contexto da pesquisa científica, tem-se avançado na produção de conhecimentos sobre aleitamento materno.

-
- I Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br) é nutricionista; Doutora em Ciência dos Alimentos – Nutrição Experimental; Diretora do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP e Pesquisadora Científica I do Instituto de Saúde.
- II Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica; Doutora em Nutrição em Saúde Pública; Pesquisadora Científica VI e vice-diretora do Instituto de Saúde.
- III Tereza Setsuko Toma (ttoma.ats@gmail.com) é médica; Doutora em Nutrição em Saúde Pública; Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP, Coordenadora do Núcleo de Evidências e Pesquisadora Científica VI, do Instituto de Saúde; e Coordenadora do Grupo de Trabalho Avaliação de Tecnologias em Serviços de Saúde, da REBRATS.

“Apesar de todas as evidências científicas acumuladas em décadas de pesquisas sobre os benefícios do aleitamento materno e da abrangência e reconhecimento do tema nas esferas sociais e governamentais, ainda não se alcançaram os objetivos quantitativos esperados e estabelecidos.” Essa conclusão, retirada do estudo de Caminha e colaboradores¹, somente é possível porque muito se tem estudado e publicado acerca do aleitamento materno. O tema, tão caro a todos, é objetivo de muitos grupos de pesquisa, que se dividem em inúmeras linhas para desenvolver estudos com objetivos e metodologias diversas.

Em uma rápida busca, de caráter exploratório, sem definir critérios para inclusão ou exclusão de resultados e explorando uma gama limitada de plataformas do conhecimento, é possível observar que muito se pesquisa sobre o tema, conforme se visualiza no Quadro 1.

Quadro 1. Resultados de buscas em bases de dados abertas por artigos relacionados ao tema aleitamento materno

Base (data de busca)	Estratégia de busca	Nº de estudos identificados	Ano da 1ª publicação
Cochrane Library (6/2/2019)	breast feeding OR human milk	117 RS*	2000
Embase	breast feeding OR breast milk	15.146	1963
Health Evidence (6/2/2019)	breast feeding OR human milk	93	2003
Health Systems Evidence (6/2/2019)	breast feeding human milk	41 5	1999 2003
LILACS (6/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND (instance: "regional") AND (db:("LILACS"))	4.079 (2.397 em português)	1980
PDQ-Evidence (6/2/2019)	breast feeding OR human milk	339 (18 RS)	1972 (2003)
Portal Regional da BVS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms)	39.998	1908
Portal SBE – MS (6/2/2019)	descriptor: amamentação Bases de evidências clínicas: Epistemonikos (RS) Bases de ferramentas: Access Medicine (educação do paciente) Proqualis	483 1 7	1908

*Somente Revisões Sistemáticas (RS) da Cochrane.

Base (data de busca)	Estratégia de busca	Nº de estudos identificados	Ano da 1ª publicação
	descritor: aleitamento materno Bases de evidências clínicas: Epistemonikos (RS) Bases de ferramentas: Proqualis	355	
	descritor: leite humano Bases de evidências clínicas: Epistemonikos (RS) Bases de ferramentas: Proqualis	103	
PubMed (07/02/2019)	Breast feeding OR Milk, human (MeSH e entry terms)	80.600	1.790

Quando consideramos alguns assuntos que figuram neste livro, podemos também entender um pouco sobre como a pesquisa se desenvolve sobre o tema, com buscas em bases de dados. Elegemos duas bases de dados, a PubMed e a BVS, ambas de livre acesso e com uma coleção bastante abrangente da literatura científica, para esse exercício. A PubMed é a mais importante base de dados da Medline, com mais de 15 milhões de artigos e 6 mil revistas científicas de vários países. A BVS, ou Biblioteca Virtual em Saúde, permite a busca em português, espanhol e inglês e oferece acesso a mais de 35 bases de dados da literatura, sendo a LILACS a mais importante delas, com 900 revistas latino-americanas, livros, capítulos, documentos governamentais, teses e anais de congressos².

No Quadro 2 apresentam-se as buscas para os assuntos principais deste livro, destacando o número de publicações, o ano da primeira publicação e as publicações ao longo das décadas. Dessa forma, é possível entender quando se começa a publicar sobre as políticas de aleitamento materno, os assuntos que mais são pesquisados e aqueles que ainda apresentam muitas perguntas para o desenvolvimento de pesquisas.

Quadro 2. Resultados de buscas em bases de dados sobre temas relacionados ao aleitamento materno

Base de dados	Estratégia de busca (resumida)	Nº de estudos identificados	Ano do 1º artigo	1920 - 1929	1930 - 1939	1940 - 1949	1950 - 1959	1960 - 1969	1970 - 1979	1980 - 1989	1990 - 1999	2000 - 2009	2010 - 2019
Código Internacional para Comercialização de Alimentos para Lactentes													
PubMed	International code of marketing of breastmilk substitutes	48	1980							8	8	15	18
BVS	"International code of marketing of breastmilk substitutes"	191	1980							41	59	31	56
LILACS	"International code of marketing of breastmilk substitutes" AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))	16	1990									9	7
Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes													
PubMed	Brazilian infant food code	2	2006										
BVS	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes OR NBCAL	35	1993								9	21	5
LILACS	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes OR NBCAL AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))	17	1993								6	8	3
Iniciativa Hospital Amigo da Criança & Aleitamento Materno													
PubMed	Breast feeding OR Milk, human (MeSH e entry terms) AND ("baby-friendly hospital"[All Fields] OR "baby friendly hospital"[All Fields] OR "BFHI"[All Fields] OR "Ten steps"[All Fields])	585	1992								85	165	339

Base de dados	Estratégia de busca (resumida)	Nº de estudos identificados	Ano do 1º artigo	1970 - 1979	1980 - 1989	1990 - 1999	2000 - 2009	2010 - 2019	
				1970 - 1929	1930 - 1939	1940 - 1949	1950 - 1959	1960 - 1969	1970 - 1979
BVS	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND ("hospital amigo da criança" OR "baby-friendly hospital" OR "hospital amigo del niño" OR "dez passos" OR "ten steps" OR "diez passos" OR ihac OR bfhi OR ihan))	76	1995			5	30	41	
LILACS	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND ("hospital amigo da criança" OR "baby-friendly hospital" OR "hospital amigo del niño" OR "dez passos" OR "ten steps" OR "diez passos" OR ihac OR bfhi OR ihan)) AND (db:("LILACS"))	48	1995			2	13	26	
Método Canguru & Aleitamento Materno									
PubMed	Breast feeding OR Milk, human (MeSH e entry terms) AND kangaroo-mother care method (MeSH e entry terms)	232	1985			2	19	164	
BVS	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND método canguru (Decs e entry terms)	160	2002				30	119	
LILACS	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND método canguru (Decs e entry terms) AND instance:"regional" AND (db:("LILACS"))	33	2003				17	16	

Base de dados	Estratégia de busca (resumida)	Nº de estudos identificados	Ano do 1º artigo	1920 - 1929	1930 - 1939	1940 - 1949	1950 - 1959	1960 - 1969	1970 - 1979	1980 - 1989	1990 - 1999	2000 - 2009	2010 - 2019
Banco de Leite Humano													
PubMed	Milk banks (MeSh and entry terms)	931	1946			8	27	10	26	74	103	167	516
BVS	Bancos de leite (Decs and entry terms)	907	1971						4	28	117	259	424
LILACS	Bancos de leite (Decs and entry terms) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))	197	1983							18	30	80	65
Mulher Trabalhadora & Aleitamento Materno													
PubMed	Breast feeding OR Milk, human (MeSH e entry terms) AND Women, Working (MeSh and entry terms)	795	1945			1	0	0	10	89	171	210	316
BVS	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND mulheres trabalhadoras (Decs and entry terms)	421	1977						2	33	104	137	143
LILACS	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND mulheres trabalhadoras (Decs and entry terms) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))	38	1985							2	13	16	7
Promoção do Aleitamento Materno na Atenção Primária													
PubMed	Health promotion AND primary health care AND breastfeeding (MeSh and entry words)	411	1925	1	0	0	0	0	1	33	54	88	198
BVS	Promoção da saúde AND atenção primária AND aleitamento (Decs and entry terms)	156	1983							7	24	36	72

Base de dados	Estratégia de busca (resumida)*	Nº de estudos identificados	Ano do 1º artigo	1920 - 1929	1930 - 1939	1940 - 1949	1950 - 1959	1960 - 1969	1970 - 1979	1980 - 1989	1990 - 1999	2000 - 2009	2010 - 2019
				Mobilização Social & Aleitamento Materno									
PubMed	Community participation (MeSh and entry terms) OR community network (MeSh and entry terms) AND breast feeding (MeSh and entry terms)	686	1950				5	0	6	44	102	141	388
	"world breastfeeding week"	19	1992								5	5	9
BVS	Participação da comunidade AND aleitamento (Decs and entry terms)	65	1970						4	10	16	11	19
	Semana Mundial de Aleitamento Materno or world breastfeeding week	31	1992								18	5	7
LILACS	Participação da comunidade AND aleitamento (Decs and entry terms) AND (instance:"regional") AND (db:"LILACS")	21	1980							5	10	4	0
	Semana Mundial de Aleitamento Materno or world breastfeeding week AND (instance:"regional") AND (db:"LILACS")	7	1995								2	0	5

Além das bases de dados, outra busca não menos relevante revela que no Brasil existem 98 grupos de pesquisa cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que se utilizam dos descritores: ama-

mentação, aleitamento e aleitamento materno^{IV}, sendo que a maioria deles está vinculada a universidades.

O que todos esses grupos e pesquisadores têm em comum é a produção de conhecimento sobre diferentes aspectos relacionados ao aleitamento materno. Para isso, cada pesquisa precisa estar fundamentada em métodos científicos.

A preocupação em descobrir e explicar a natureza não é novidade das eras recentes, vem desde os primórdios da humanidade. No entanto, a sistematização dos métodos vem se mostrando um importante aliado para direcionar os estudos e dar suporte aos seus resultados. O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista³.

Desenvolver uma pesquisa com base em um método, que é a teoria da investigação, significa alcançar os objetivos de forma científica, cumprindo ou propondo cumprir várias etapas bem-estabelecidas. Essas etapas estão descritas na Figura 1.

Dentro do método, a etapa de busca de conhecimentos e instrumentos refere-se à forma como a resolução do problema, ou a produção de um conhecimento, vai ser desenvolvida e está diretamente relacionada com a escolha do desenho de estudo. A partir desse ponto, são descritos os tipos de desenhos de estudo epidemiológicos, os objetivos e resultados esperados de cada um deles, bem como exemplos de estudos sobre aleitamento materno.

Estudos epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos são classificados de diversas formas, conforme seus desenhos e seus propósitos. A seguir são esclarecidas as definições de estudos primários e secundários e, também, observacionais e experimentais.

São considerados estudos primários aqueles que correspondem a investigações originais, e secundários os que procuram estabelecer con-

IV Busca realizada em 27/1/2019, em http://dgp.cnpq.br/dgp/faces/consulta/consulta_parametrizada.jsf

clusões a partir de estudos primários, com o registro resumido de achados que são comuns a eles⁴. Podemos ainda classificar os estudos primários em observacionais e experimentais.

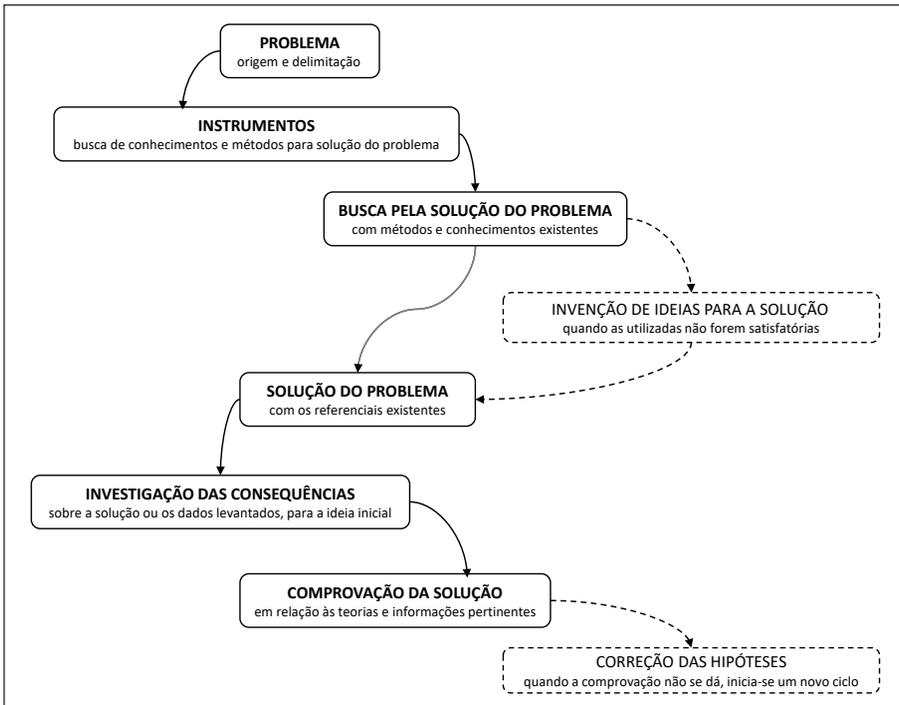


Figura 1. Etapas do método científico. Adaptado de Marconi e Lakatos (2010)³

Os estudos observacionais podem ser utilizados para analisar a prevalência dos desfechos e, também, as causas potenciais das relações entre exposição e desfecho, de forma prospectiva ou retrospectiva. Nesses estudos, o pesquisador apenas observa, sem promover nenhuma intervenção. Nesse grupo estão incluídos os estudos transversais, de caso-controle e de coortes.

Os estudos experimentais, também chamados de estudos de intervenção, são geralmente prospectivos e desenhados especificamente para avaliar o impacto direto do tratamento ou das medidas preventivas em determinada condição. Nesses estudos, o pesquisador promove intervenções. Incluem-se aqui, especialmente, os ensaios clínicos randomizados e não randomizados⁵.

Como principais exemplos de estudos secundários, encontram-se as revisões sistemáticas, as meta-análises e as *overviews* (revisões sistemáticas de revisões sistemáticas). Nesses estudos realizam-se sínteses dos achados de estudos primários, tanto quantitativos como qualitativos.

A seguir são apresentados os principais desenhos de estudos, iniciando pelos estudos primários, observacionais e experimentais, seguidos pelos estudos secundários.

Estudos transversais

Esse tipo de desenho de estudo tem como objetivo obter estimativas sobre desfechos de saúde na população e observa simultaneamente a exposição e o desfecho num momento único de tempo, ou num período muito curto de tempo, dentro de uma mesma população⁶, ou seja, é uma observação direta de um grupo de indivíduos (em geral amostra) em uma única oportunidade. Pode-se dizer que gera um “retrato” dos indivíduos em determinado momento em que os dados são coletados. Geralmente, as unidades de análise são indivíduos (pessoas), mas também podem ser agregados (nessa situação os estudos são chamados de ecológicos)^{4,6}. Os resultados esperados são as estimativas de prevalência e as possíveis medidas de associação de cada estudo. No caso dos estudos transversais, as medidas de associação mais utilizadas são a Razão de Prevalência, que compara a prevalência do desfecho entre os grupos expostos e não expostos aos fatores estudados e o *odds ratio* (OR) ou razão de chances^{4,6}.

Vantagens: é um excelente método para descrever as características de uma população, em determinada época. São estudos relativamente baratos e rápidos. São mais simples e menos onerosos do que os estudos longitudinais, como os de coorte, e em geral incluem amostra representativa da população para obtenção das estimativas.

Desvantagens: é difícil estabelecer causa e efeito, pois nesses estudos o desfecho e a exposição são medidos no mesmo momento e, como não permitem cálculos de incidência, o uso dos dados de prevalência pode apresentar um resultado distorcido da relação exposição-desfecho^{4,6}.

Serão apresentados dois exemplos de estudos transversais, um primário e outro secundário.

Venancio SI *et al.* A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. J Pediatr (Rio J). 2010;86(4):317-24. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/a12v86n4.pdf>

Um ótimo exemplo de estudo transversal primário é a da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizado por Venancio e colaboradores, que teve por objetivo avaliar as práticas de alimentação infantil no país.

Foram apresentadas as análises de prevalência do aleitamento materno na 1ª hora de vida, do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses, do aleitamento materno em crianças com idade entre 9 e 12 meses, entre outros indicadores.

Como resultados, apresentando dados de 34.366 crianças, verificou-se que 67,7% (IC95% 66,7-68,8) mamaram na primeira hora de vida, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 6 meses foi de 41% (IC95% 39,7-42,4) e do aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7% (IC95% 56,8-60,7). O estudo apontou a necessidade de se empenhar mais esforços para o alcance de indicadores de aleitamento materno compatíveis com as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Boccolini CS *et al.* Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(7):1857-63. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/25.pdf>

Há estudos transversais que podem ser realizados a partir de dados secundários, como é o caso desse estudo de Boccolini e colaboradores, que buscou verificar se a melhora na prevalência do aleitamento materno observado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal entre 1999 e 2008 estava relacionada com a redução das taxas de internação hospitalar por diarreias entre crianças menores de um ano.

Os pesquisadores coletaram dados sobre internação de crianças por diarreia no Sistema de Informações Hospitalares, de prevalência do aleitamento materno da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, e agregaram por município e compararam a prevalência do aleitamento materno, a população de nascidos vivos e os casos de internação hospitalar por diarreias, entre 1999 e 2008.

No total, foram estudados dados secundários de 1.329.618 crianças e verificou-se que o aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças com menos de 4 meses de vida teve correlação negativa com as taxas de internação por diarreias ($r = -0,483$, $p = 0,014$), sendo essa correlação mais forte para as meninas ($r = -0,521$, $p = 0,016$) do que para os meninos ($r = -0,476$, $p = 0,008$). O aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo entre 1999 e 2008 parece estar correlacionado com a diminuição das taxas de internação hospitalar por diarreias no mesmo período, corroborando a importância das políticas públicas de promoção, proteção e apoio do aleitamento materno.

Também é interessante olharmos para a produção científica para entendermos as tendências que se apresentam em termos de perguntas, objetivos de estudos e financiamentos. Pelo fato de os estudos transversais serem menos onerosos e mais rápidos, são também bastante numerosos. Em uma busca nas bases de dados sobre estudos transversais na temática do aleitamento materno, encontramos os dados expressos no Quadro 3.

Quadro 3. Estudos transversais na temática do aleitamento materno nas bases de dados PubMed e BVS/LILACS

Base (data de busca)	Estratégia de busca	Nº de estudos identificados	Ano da 1ª publicação
PubMed (7/2/2019)	breast feeding OR human milk (MeSh and entry terms) AND Cross-Sectional Studies (MeSh)	2.791	1977
BVS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND estudos transversais (Decs)	2.049	1977
LILACS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND estudos transversais (Decs) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))	260	1987

Estudos de caso-controle

Os estudos de caso-controle buscam analisar a associação entre uma doença/desfecho e seus potenciais fatores de risco, analisando amostras separadas de indivíduos que apresentam os desfechos estudados e grupos controle. São estudos observacionais⁷, retrospectivos, nos quais a quantificação do número de indivíduos entre os casos e controles que foram expostos a um fator de risco permitem associações estatísticas entre exposição e desfecho⁵. O objetivo é identificar se determinadas características (exposições ou fatores de risco) ocorrem com maior frequência entre os casos ou controles. Se a proporção de expostos ao fator é maior entre os casos do que entre os controles é possível que essa exposição esteja relacionada a um aumento do risco para a doença em questão. Por outro lado, se a exposição é menor entre os casos pode ser considerada como um fator protetor⁴.

Um aspecto importante a se considerar é a coleta dos dados sobre a exposição, para garantir que a informação coletada seja acurada e não influenciada pelo fato de o indivíduo ser um caso ou um controle. Nesses estudos há a possibilidade de ocorrer o viés de memória (relativo ao respondente) e o viés do observador (relativo ao investigador, em função de o indivíduo entrevistado pertencer ao grupo de casos ou controles)^{4,5}.

No estudo de caso-controle a medida de risco é calculada pelo *odds ratio* (OR) ou razão de chances, que significa a razão entre a chance de um desfecho ocorrer no grupo exposto e a chance de ocorrer no grupo controle^{4,5}.

Vantagens: são relativamente rápidos e pouco onerosos, uma vez que são coletados dados retrospectivos a partir da doença/desfecho existente. Permitem a investigação simultânea de um número maior de fatores de risco. Esse tipo de estudo é o mais indicado para as condições de doenças raras^{4,5}.

Desvantagens: são mais suscetíveis a vieses de seleção e informação. Apresentam maior dificuldade para assegurar a relação causal ou a sequência de eventos. Não permitem estimar a incidência da doença⁴. Nos estudos de caso-controle deve-se ter cuidado com a seleção dos participantes do grupo controle, que devem se assemelhar aos casos, para que a generalização e a minimização de viés sejam adequadas^{4,5}.

Wayne C *et al.* Formula-feeding and hypertrophic pyloric stenosis: is there an association? A case-control study. *J Pediatr Surg.* 2016;51(5):779-82.

Um bom exemplo desse desenho de estudo relacionado ao aleitamento materno é este de Wayne e colaboradores, que desenvolveram um estudo de caso-controle para observar se a alimentação infantil com fórmulas está associada à estenose pilórica hipertrófica.

A estenose pilórica hipertrófica infantil é o motivo mais comum para cirurgia nos primeiros meses após o nascimento, mas suas causas não estão completamente esclarecidas.

O estudo foi desenvolvido com os dados de pacientes do Hospital Infantil do Leste de Ontário, que foram coletados retrospectivamente, entre os anos de 1992 e 2012, e incluíram no estudo os casos de estenose e bebês controles (sem estenose).

Os autores observaram que havia maior probabilidade de os bebês que apresentavam a estenose terem sido alimentados exclusivamente com fórmula láctea, possuírem histórico da estenose na família e serem do sexo masculino ($p < 0,001$), e também, ainda que não significativamente, pareciam ser originários das zonas rurais. Quando as variáveis “histórico-familiar”, “gênero”, “local de residência” e “época do ano do registro” foram ajustadas, calcularam que o risco das crianças alimentadas exclusivamente com fórmulas lácteas era 1,36 vezes maior de desenvolver a estenose pilórica hipertrófica, quando comparadas com as que foram amamentadas exclusivamente (RR 1,36, IC_{95%} 1,18-1,57, $p < 0,005$).

Em conclusão, os pesquisadores afirmam que a alimentação com fórmulas está associada ao risco aumentado do desenvolvimento da estenose, porém, mais investigações podem ajudar a determinar quais os componentes das fórmulas que provocava hipertrofia do músculo pilórico, ou quais componentes do leite materno que são protetivos, além de outros fatores de influência para o desenvolvimento da estenose.

Nas plataformas do conhecimento que costumemente usamos para a busca de estudos científicos, encontramos os dados apresentados no Quadro 4 quando buscamos por estudos de caso-controle e aleitamento materno. Assim como os transversais, também se apresentam em grande número, especialmente devido ao tempo de realização e aos custos envolvidos.

Quadro 4. Estudos de caso-controle na temática do aleitamento materno nas bases de dados PubMed e BVS/LILACS

Base (data de busca)	Estratégia de busca	Nº de estudos identificados	Ano da 1ª publicação
PubMed (7/2/2019)	Breast feeding OR Milk, human (MeSH e entry terms) AND case-control studies (MeSh)	3.075	1966
BVS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND estudos de casos e controles (Decs)	885	1989
LILACS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND estudos de casos e controles (Decs) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))	55	1991

Estudos de coorte

São estudos epidemiológicos que envolvem o seguimento de um grupo populacional por um determinado período, a partir de uma exposição a um fator até o desfecho. Comparam indivíduos de acordo com a exposição às variáveis relacionadas, obtidas de fontes de dados de rotina, normalmente relacionadas às características pessoais (demográficas), de local (residência, nascimento, diagnóstico), exposições ambientais (poluição), comportamentos relacionados à saúde (atividade física, alimentação), características biológicas (colesterol sérico), fatores socioeconômicos (renda) e de tempo (de nascimento, de diagnóstico). O foco é no risco do grupo exposto, em relação ao grupo não exposto^{4,5,8}.

Os estudos de coorte são considerados o padrão de ouro dos estudos observacionais, pois seguem por um período de tempo uma população específica para identificar os indivíduos que desenvolvem os desfechos de interesse. Podem também ser realizados de forma retrospectiva, quando são observados dados de seguimento obtidos a partir

de registros, uma vez que tanto a exposição quanto o desfecho ocorreram antes do início do estudo. Esses estudos têm a capacidade de demonstrar temporalidade, portanto, são os que realmente identificam fatores de risco^{5,9}.

A seleção para alocação entre os grupos deve ser realizada de maneira muito criteriosa, sendo que a situação dos participantes quanto à exposição de interesse determina sua seleção para o estudo, ou sua classificação após a inclusão no estudo⁴.

Os resultados dos estudos de coorte se apresentam na forma de risco relativo, que compara a incidência do desfecho no grupo exposto a determinado fator com a incidência do desfecho no grupo controle⁴.

Vantagens: são os únicos estudos que podem calcular a incidência, por meio de taxa de incidência, risco relativo e taxa de risco. Essas medidas são consideradas fortes para demonstrar a causalidade e identificar os fatores de risco. Estão menos sujeitos à ambiguidade na determinação da sequência temporal entre as variáveis de exposição e desfecho (relação causa e efeito). Aceitam várias hipóteses, que podem ser testadas envolvendo diferentes tipos e exposição e desfechos. São pouco sujeitos a viés de seleção^{4,5,8,9}.

Desvantagens: São estudos de longa duração e, normalmente, muito caros. Existem riscos na sua execução que podem interferir com os resultados e comprometer sua validade, como as perdas de seguimento. Apresentam risco de outras variáveis interferirem nos resultados (variáveis de confusão). Não são apropriados para a avaliação de desfechos raros ou que apresentem um período de indução longo. Não são os estudos mais indicados para avaliar a eficácia de intervenções, devido à possibilidade de fatores de seleção e confundidores não controlados^{4,8,9}.

Esse tipo de desenho de estudo tem promovido alguns debates acerca de questões éticas, uma vez que há alguns anos muitas tecnologias ainda eram incipientes, e o material biológico coletado e guardado vem sendo novamente testado, com novas metodologias, como, por exemplo, exames genéticos. O debate gira em torno do consentimento, sendo que algumas vezes o mesmo se torna impossível em virtude de participantes de estudos terem falecido, e do fornecimento de resultados dos testes aos

participantes, já que pode não ser possível informar um resultado individual. No entanto, tendo em vista que essas pesquisas dificilmente são prejudiciais aos participantes e a manutenção da confidencialidade é garantida, é muito provável que os comitês de ética em pesquisas com seres humanos aprovelem os projetos e suas emendas⁸.

Victora CG *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015; 3(4): e199–e205. Disponível em <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2815%2970002-1>

Victora e colaboradores publicaram resultados de um recorte da coorte iniciada em 1982, na cidade de Pelotas – RS, onde após 30 anos foram realizadas avaliações sobre a influência do aleitamento materno nas seguintes variáveis: quociente de inteligência (QI), nível de instrução e renda dos indivíduos acompanhados pelo estudo.

Os pesquisadores coletaram os dados de 3.493 indivíduos, entre os 5.914 que iniciaram o estudo, realizaram análises de regressão linear múltipla, com ajuste para os fatores de confusão, e encontraram como resultados que a duração do aleitamento materno e do aleitamento materno predominante (aleitamento como a principal fonte de nutrição) estava associada positivamente com as três variáveis mencionadas. Foram identificadas associações de dose-resposta com a duração do aleitamento, o QI e o nível educacional. Quando os fatores de confusão foram ajustados, foi observado que aqueles amamentados por mais de 12 meses tinham os maiores escores de QI (diferença de 3,76 points, IC_{95%} 2,20–5,33), maior nível de instrução (0,91 anos, IC_{95%} 0,42–1,40) e maior nível de renda (341-reais, IC_{95%} 93,8–588,3) em comparação àqueles que foram amamentados por menos de 1 ano.

Os resultados indicam que o aleitamento está associado com a melhora nos resultados de testes de inteligência após 30 anos e pode ter um efeito importante na vida adulta, por aumentar o nível de instrução e a renda.

Os estudos de coorte representam apenas uma fatia do total de estudos na temática do aleitamento materno, especialmente porque são estudos longos, com um grande número de participantes, o que os tornam bastante caros. No Quadro 5, são apresentados os resultados da busca nas bases de dados por estudos de coorte na temática do aleitamento materno.

Quadro 5. Estudos de coorte na temática do aleitamento materno nas bases de dados PubMed e BVS/LILACS

Base (data de busca)	Estratégia de busca	Nº de estudos identificados	Ano da 1ª publicação
PubMed (7/2/2019)	Breast feeding OR Milk, human (MeSH e entry terms) AND cohort studies (MeSh)	832	1946
BVS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND estudos de coorte (Decs)	1.408	1988
LILACS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND estudos de coorte (Decs) AND (instance:"regional") AND (db:"LILACS")	71	1990

Ensaio clínico controlado randomizado

Idealmente, os estudos de intervenção devem tomar a forma dos ensaios clínicos controlados randomizados (ECCR), nos quais a intervenção é comparada com um controle (que pode ser, simplesmente, nenhuma intervenção, placebo ou tratamento convencional), sendo que a alocação para o tratamento e para o controle é aleatória ou randomizada. A randomização tem por objetivo que os grupos sejam homogêneos, tendo como única diferença entre si a intervenção aplicada. Técnicas de randomização ou sorteio são utilizadas para distribuir os indivíduos que farão parte do grupo que recebe a intervenção e aqueles do grupo controle. Os ECCR são normalmente utilizados para propósitos terapêuticos, nos quais diferentes tratamentos para uma determinada doença são comparados num cenário clínico controlado. Outras aplicações dos ensaios clínicos são as intervenções comunitárias, onde são aplicadas intervenções em um grupo ao invés de indivíduos isoladamente^{4,5,10}.

Uma vez que os ECCR oferecem uma oportunidade única de eliminar os problemas encontrados nos estudos observacionais, os resultados desses ensaios são geralmente considerados o padrão ouro dos estudos que buscam avaliar efeitos e normalmente superam os resultados dos

estudos observacionais. No entanto, as vantagens podem ser facilmente perdidas devido à má condução dos ensaios^{4,10}.

Nos ECCR, questões referentes à validade interna relacionam-se a quanto o erro sistemático, ou viés, é minimizado. Existem quatro potenciais fontes de viés que devem ser consideradas nesse tipo de estudo: viés de seleção, que simboliza a presença de alguma diferença sistemática entre os grupos comparados; viés de desempenho, que se refere às diferenças sistemáticas no cuidado fornecido para os participantes em função dos grupos em que foram alocados; viés de detecção, relativo às diferenças sistemáticas entre os grupos durante a análise dos desfechos; e viés de atrito, que corresponde à diferença sistemática entre os grupos devido à perda de participantes do estudo⁴.

Para minimizar a possibilidade de viés ou vieses nos ensaios e aumentar a força dos resultados, além da randomização outros elementos metodológicos podem ser utilizados, como cegamento, medidas de tendência, controle para cointervenções, medidas de desistência, análise dos resultados por intenção de tratar e avaliação idêntica em cada braço do ensaio⁵.

Os resultados dos ECCR são descritos na forma do Risco Relativo (RR), que compara a incidência do desfecho no grupo exposto à intervenção com a incidência do desfecho no grupo controle⁴. No entanto, atualmente, com a crescente preocupação sobre a significância clínica dos ECCR, há resultados apresentados na forma de outras medidas, como o número necessário para tratar (NNT, do inglês *number needed to treat*), que se refere ao número de indivíduos que precisam receber a intervenção para que um indivíduo experimente um resultado positivo associado com a mesma, sendo que quanto menor o NNT, maior a efetividade do tratamento¹¹. O risco relativo da ocorrência do evento em função do tempo é estimado pelo *hazard ratio* (HR) ou razão de risco¹².

Vantagens: consiste em um estudo experimental, de desenho prospectivo, controlado e randomizado, sendo considerado a melhor fonte de determinação da eficácia de uma intervenção. Permite a estimativa do benefício que pode ser experimentado por determinada intervenção na coletividade^{4,10}.

Desvantagens: embora seja considerado a melhor fonte de evidência científica na pesquisa clínica, não responde a todas as questões; há situações em que não pode ser realizado ou não é necessário, apropriado ou mesmo suficiente para ajudar a resolver problemas importantes. Pode

apresentar erros em sua condução que inviabilizam a extrapolação de resultados. A realização do ECCR é limitada por questões financeiras, o que muitas vezes impede a sua reprodução, além de taxas de adesão baixas ou perdas de seguimento elevadas. Outro aspecto a ser considerado é o chamado conflito de interesses e sua possível influência sobre a realização de pesquisas desse tipo e na própria decisão médica^{4,10}.

Oliveira LD *et al.* Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. Nutrition Journal. 2014;13:73

Disponível em <http://www.nutritionj.com/content/13/1/73>

O ensaio clínico controlado randomizado conduzido por Oliveira e colaboradores representa um bom exemplo desse desenho de estudo na área da amamentação.

Teve por objetivo avaliar a eficácia do aconselhamento sobre aleitamento para mães adolescentes e suas mães, no aumento da duração da amamentação exclusiva.

Os pesquisadores chegaram a essa pergunta porque as mães adolescentes são as mais vulneráveis à descontinuidade do aleitamento materno antes dos 6 meses de idade do bebê e, também, podem ser influenciadas negativamente por suas mães.

Para o desenvolvimento do ensaio alocaram aleatoriamente 323 mães adolescentes com bebês e suas mães em 4 grupos: 1) Não vive com a mãe e não recebeu intervenção; 2) Não vive com a mãe e recebeu intervenção; 3) Vive com a mãe e não recebeu intervenção; e 4) Vive com a mãe e recebeu intervenção.

A intervenção consistiu em 5 sessões de aconselhamento sobre aleitamento, dirigidas diretamente às mães adolescentes e suas mães, na maternidade e nas consultas subsequentes de rotina.

Foram coletadas mensalmente, por telefone, informações sobre as práticas de alimentação dos bebês nos primeiros 6 meses de vida.

Como resultado, observaram que as sessões de aconselhamento aumentaram a duração do aleitamento exclusivo em 67 dias para o grupo que incluiu as avós (HR=0,64; IC_{95%} 0,46-0,90), e 46 dias para o grupo que não incluiu as avós (HR=0,52; IC_{95%} 0,36-0,76), concluindo que as sessões de aconselhamento no primeiro mês de vida da criança são efetivas no aumento da duração da amamentação exclusiva entre mães adolescentes.

Os ensaios clínicos randomizados, apesar de caros, são estudos fundamentais para avaliação dos efeitos de uma intervenção, podendo também ser incluídos nas revisões sistemáticas de efetividade. Por esse motivo muitos grupos se dedicam ao desenvolvimento desse tipo de estudo. O Quadro 6 traz os resultados das buscas sobre ensaios clínicos randomizados controlados na área do aleitamento materno.

Quadro 6. Ensaios clínicos randomizados controlados na temática do aleitamento materno nas bases de dados PubMed e BVS/LILACS

Base (data de busca)	Estratégia de busca	Nº de estudos identificados	Ano da 1ª publicação
PubMed (7/2/2019)	Breast feeding OR Milk, human (MeSH e entry terms) AND Randomized controlled trial (Publication Type)	3.199	1967
BVS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND estudos de coorte (Decs)	1.408	1988
LILACS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND estudos de coorte (Decs) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))	71	1990

* Estratégias de busca completas ao final do capítulo.

Revisões sistemáticas

Tendo em vista o grande número de estudos publicados, de diversos desenhos epidemiológicos e inúmeros resultados, muitas vezes conflitantes, a tomada de decisão sobre a escolha de um procedimento pode ser bastante difícil. Por esse motivo, são elaboradas as revisões sistemáticas que visam a apoiar a melhor decisão utilizando-se de metodologias bastante rigorosas, como critérios de inclusão e exclusão para considerar evidências de estudos, busca abrangente de literatura e análise e resumos dos resultados de acordo com regras explícitas que incluem avaliá-los em diferentes subgrupos de pacientes¹³.

As revisões sistemáticas (RS) têm por objetivo localizar, avaliar criticamente e interpretar todos os estudos disponíveis para uma questão de pesquisa, área do conhecimento ou fenômeno de interesse. O resultado dessa revisão representa o atual conhecimento sobre determinado fator de exposição (síntese qualitativa), enquanto o método estatístico (metanálise) sumaria em uma única medida de associação os resultados de diferentes estudos (síntese quantitativa), elevando a precisão dessas estimativas¹⁴. As RS devem ser abrangentes e não tendenciosas na sua preparação. Os critérios adotados são divulgados de modo que outros pesquisadores possam repetir o procedimento. RS de boa qualidade metodológica são consideradas o melhor nível de evidência para tomada de decisão. Por seguir um método científico explícito e apresentar resultado novo, a revisão sistemática é classificada como contribuição original na maioria das revistas de pesquisa clínica¹⁵.

A elaboração de RS deve seguir alguns passos: 1) elaboração da pergunta de pesquisa, normalmente com base no acrônimo PICO (P= população; I= intervenção; C= controle; O= do inglês *outcome* - desfecho) e elaboração do protocolo do estudo; 2) definição de critérios de inclusão e exclusão dos estudos, definição de estratégia de busca e busca abrangente na literatura, inclusive literatura cinzenta (como teses, relatórios técnicos); 3) seleção dos artigos; 4) extração dos dados; 5) avaliação da qualidade metodológica dos artigos incluídos; 6) síntese dos dados e desenvolvimento da metanálise, quando possível; 7) avaliação da qualidade e força das evidências; e 8) redação e publicação dos resultados^{4,13,15}.

Metanálises

Quando uma revisão sistemática reúne dados que apresentam uma estimativa quantitativa do efeito geral do tratamento é considerada metanálise, que é uma forma sintética de expressar conclusões mais embasadas de dados de diferentes estudos primários, aumentando seu poder estatístico¹³. Metanálise, portanto, é uma análise estatística que combina os resultados de dois ou mais estudos independentes, gerando uma única estimativa de efeito. A metanálise estima com mais poder e precisão o “verdadeiro” tamanho do efeito da intervenção, muitas vezes não demonstrado em estudos individuais¹⁴. As estimativas combinadas podem ser apresentadas como risco

relativo ou *odds ratio*¹⁶. Os resultados costumam ser apresentados também na forma de gráfico de floresta (do inglês, *forest plot*).

As metanálises têm se tornado bastante populares, especialmente pelo grande crescimento de dados na literatura científica e a necessidade de decisões sobre avaliação de risco e na saúde pública¹⁶.

Vantagens: apresentam fortes evidências quando a qualidade dos estudos primários é alta e as amostras grandes. Permitem consolidar um grande número de informações. Reduzem vieses e subjetividade. Identificam lacunas no conhecimento sobre um tema. É replicável. Auxilia na tomada de decisão^{4,13}. Os resultados são geralmente utilizados para a tomada de decisões. São citadas como fundamentais para avaliação de risco. Podem apresentar o estado do conhecimento atual sobre determinado assunto, antes que novos estudos sejam desenvolvidos¹⁶.

Desvantagens: podem apresentar viés, especialmente de seleção, fatores de confusão e são dependentes de bons estudos primários, especialmente aqueles com amostras pequenas, uma vez que a variedade e heterogeneidade de desenhos desses estudos podem comprometer seus resultados. Desenvolver metanálises a partir de dados observacionais produz resultados de estimativas que têm grande teor de viés¹⁶. Demanda esforços de pesquisa e domínio da metodologia e estratégias de análise estatística^{4,13}.

McFadden A *et al.* Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, Issue 2. Art. Nº: CD001141.

Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub5/full>

Essa revisão sistemática é um importante exemplo desse tipo de estudo, especialmente por também incluir uma metanálise.

Além disso, a revisão foi desenvolvida pela Colaboração Cochrane, reconhecidamente uma das organizações mais relevantes na produção de revisões sistemáticas e metanálises, que possui a maior base de dados de ensaios clínicos controlados randomizados, conhecida como CENTRAL.

O estudo teve por objetivo avaliar a efetividade dos diferentes modelos de apoio à amamentação.

Os passos na elaboração da revisão sistemática foram rigorosamente seguidos pela equipe.

A revisão incluiu cem estudos, envolvendo mais de 83.246 pares de mães e filhos, dos quais 73 estudos contribuem com dados (58 ensaios clínicos randomizados e 15 ensaios randomizados em *cluster*).

Os resultados das metanálises continuam confirmando, já que esta é uma atualização de uma revisão sistemática anterior, que todas as formas de apoio extra mostraram diminuição na cessação de qualquer forma de amamentação (RR para interromper qualquer amamentação antes dos 6 meses=0,91, IC95% 0,88 a 0,95) e para parar a amamentação antes de 4 a 6 semanas (RR 0,87, IC95% 0,80 a 0,95). Todas as formas de apoio extra também mostraram uma diminuição na interrupção do aleitamento materno exclusivo aos 6 meses (RR 0,88, IC95% 0,85 a 0,92) e 4 a 6 semanas (RR 0,79, IC95% 0,71 a 0,89).

Como foi constatada grande heterogeneidade entre os estudos, os pesquisadores recomendam cautela na interpretação dos resultados.

O apoio extra de leigos e profissionais teve um impacto positivo na amamentação.

Vários fatores também podem ter melhorado os resultados para mulheres que praticam o aleitamento materno exclusivo, com a realização de uma intervenção face a face, altas taxas de iniciação de amamentação, apoio de leigos e um cronograma específico de quatro a oito sessões.

Entretanto, como a heterogeneidade dentro do grupo permaneceu alta também em todas essas análises, os pesquisadores, novamente, aconselham cautela ao fazer conclusões baseadas nos resultados desses subgrupos.

Os pesquisadores concluíram que quando o apoio à amamentação é oferecido às mulheres, a duração da amamentação e da amamentação exclusiva aumentam.

As principais características de um apoio eficaz são: que seja oferecido por pessoal treinado durante os cuidados pré-natais ou pós-natais, podendo incluir visitas programadas para que as mulheres possam prever quando o apoio estará disponível, e adaptado à configuração e às necessidades do grupo populacional.

É provável que o apoio seja mais eficaz em configurações com altas taxas de iniciação. O suporte pode ser oferecido por profissionais ou leigos, ou uma combinação de ambos.

Estratégias que dependem principalmente do apoio face a face são mais prováveis de ter sucesso com mulheres que praticam a amamentação exclusiva.

As revisões sistemáticas são muito visadas nos processos de tomada de decisão, tanto clínicas como políticas. A busca por esse tipo de estudo pode ser difícil em algumas bases de dados. O próprio descritor para “revisão sistemática” é simplificado para “revisão”, ou o termo é separado em “revisão” e “sistemática” e acaba por selecionar todos os tipos de revisão. Além disso, ainda hoje, muitos autores insistem em agregar o termo aos seus trabalhos, ainda que não tenham seguido rigorosamente uma metodologia para seu desenvolvimento. Por esse motivo, quando buscamos por revisões sistemáticas para informar a tomada de decisão, é sempre necessário avaliar o grupo de estudos levantado para se ter certeza de que o tipo de estudo recuperado nas bases de dados é o almejado.

Quadro 7. Revisões sistemáticas na temática do aleitamento materno nas bases de dados PubMed e BVS/LILACS

Base (data de busca)	Estratégia de busca	Nº de estudos identificados	Ano da 1ª publicação
PubMed (7/2/2019)	Breast feeding OR Milk, human (MeSH e entry terms) AND Systematic Review"[Publication Type]	840	1995
BVS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND (“revisão sistemática” OR “systematic review”)	4.539	1966
LILACS (7/2/2019)	Breast feeding OR milk, human (Decs e entry terms) AND (“revisão sistemática” OR “systematic review”) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))	313	1983

Conclusão

Cada desenho de estudo serve a uma finalidade bastante específica, com resultados limitados aos seus objetivos. O sucesso de uma pesquisa depende de muitos fatores, como a seleção adequada do desenho do estudo, a análise dos custos, da disponibilidade de tempo e de recursos humanos, o acesso aos dados ou casos, a identificação dos fatores de exposição, a escolha das medidas epidemiológicas. Os resultados advindos dessas pesquisas,

especialmente das bem-delineadas, são o interesse daqueles que tomam decisões. Em qualquer área da saúde, especialmente no que se refere ao aleitamento materno, a interpretação dos resultados e o entendimento das limitações dos estudos e das possibilidades de viés podem levar tomadas de decisão mais conscientes e com maiores benefícios para a população.

Referências

1. Caminha MF, Serva VB, Arruda IKG, Batista Filho M, *et al.* Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. *Rev Bras Saúde Matern Infantil.* 2010;10(1):25-37.
2. Abdala CVM, Figueiró MF. Bases de dados de literatura científica e estratégias de busca. In: Toma TS, *et al.*, organizadores. *Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências.* São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. p. 209-222.
3. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos da metodologia científica.* 7. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
4. Venancio SI. Desenhos de estudos epidemiológicos. In: Toma TS, *et al.*, organizadores. *Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências.* São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. p. 51-68.
5. Thiese MS. Observational and interventional study design types; an overview. *Biochem Med (Zagreb).* 2014;24(2):199-210.
6. Parkin DM, Bray F. Descriptive studies. In: Ahrens W, Pigeot I, editors. *Handbook of Epidemiology.* Bremen: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2005. p. 157-230.
7. Breslow NE. Case-control Studies. In: Ahrens W, Pigeot I, editors. *Handbook of Epidemiology.* Bremen: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2005. p. 287-319.
8. Miller AB, *et al.* Cohort Studies. In: Ahrens W, Pigeot I, editors. *Handbook of Epidemiology.* Bremen: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2005. p. 252-285.
9. Oliveira MA, Vellarde GC, Sá RAM. Entendendo a pesquisa clínica III: estudos de coorte. *Femina [internet].* 2015 maio-jun [acesso em 22 maio 2019];43(3):106-10. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n3/a51116.pdf>

10. Franceschi S, Plummer M. Intervention trials. In: Ahrens W, Pigeot I, editors. Handbook of epidemiology. Bremen: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2005. p. 345-370.
11. El-Masri MM. Terminology 101: number needed to treat in RCTs. Can Nurse [internet]. 2015 jun [acesso em 22 maio 2019]. Disponível em: <https://www.canadian-nurse.com/en/articles/issues/2015/june-2015/terminology-101-number-needed-to-treat-in-rcts>
12. Miot HA. Análise de sobrevivência em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*. Dez 2017; 16(4):267-269.
13. Schünemann HJ, Guyatt G. Clinical epidemiology. In: Ahrens W, Pigeot I, editors. Handbook of Epidemiology. Bremen: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2005. p. 1169-1223.
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Brasília (DF); 2014.
15. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(1):183-4.
16. Blettner M, Schlattmann P. Meta-analysis in epidemiology. In: Ahrens W, Pigeot I, editors. Handbook of Epidemiology. Bremen: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2005. p. 829-857.

Evidências científicas do impacto da amamentação e da amamentação exclusiva na saúde das mulheres e crianças

Elsa Regina Justo Giugliani^I
Cesar Gomes Victora^{II}

Este capítulo é uma adaptação autorizada do artigo publicado na série do Lancet sobre aleitamento materno¹, em janeiro de 2016, sob a liderança do Professor Dr. Cesar Victora. Esse artigo (que será referido como artigo original) foi traduzido para a língua portuguesa e publicado na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde².

O artigo original descreve padrões atuais e tendências da amamentação no mundo, revisa as consequências em curto e longo prazos da amamentação para a criança e a mulher que amamenta, estima o potencial de vidas salvas por ano em menores de 5 anos e em mulheres se a amamentação fosse ampliada e sumariza informações sobre como a amamentação pode moldar permanentemente o ciclo de vida dos indivíduos. Para esse capítulo, o foco será a revisão sobre o impacto positivo da amamentação na saúde das crianças e das mães e as estimativas das vidas salvas de crianças e mulheres pela amamentação.

Para a elaboração do artigo original foram realizadas buscas sistemáticas da literatura publicada e, quando possível, metanálises para diversos desfechos considerados associados com a amamentação. Das 28

I Elsa Regina Justo Giugliani (elsag@terra.com.br) é médica pediatra; doutora em pediatria pela Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto; professora titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

II Cesar Gomes Victora (cviictora@gmail.com) é médico; professor emérito do Centro Internacional de Equidade em Saúde, Universidade Federal de Pelotas.

metanálises utilizadas, 22 foram especialmente encomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para subsidiar o artigo.

Ao descreverem os efeitos da amamentação, os autores do artigo original os classificaram como “de curto prazo” e “de longo prazo” na saúde das crianças e efeitos na mãe, os quais passaremos a relatar.

Efeitos de curto prazo em crianças

Mortalidade

Em uma metanálise que incluiu três estudos conduzidos em países de baixa e média renda, foi evidenciado um forte efeito protetor da amamentação: as crianças menores de 6 meses amamentadas exclusivamente tiveram apenas 12% do risco (ou seja, uma redução de 88%) de morte por doenças infecciosas em comparação com aquelas não amamentadas; 22% do risco em comparação com aquelas em amamentação parcial; e 59% do risco em comparação com as em amamentação predominante³. Em outros três estudos em países de baixa e média renda, as crianças não amamentadas tiveram aumento de 3,5 vezes (meninos) e 4,1 vezes (meninas) na mortalidade em comparação com aquelas que receberam leite materno. Foi evidenciado, também, que a proteção diminuía com a idade⁴. Em crianças de 6 a 23 meses a amamentação mostrou-se associada a uma redução de 50% nas mortes por doenças infecciosas em comparação com crianças nunca amamentadas³.

A proteção da amamentação contra mortes infantis também é observada em países de alta renda. A metanálise de seis estudos de alta qualidade mostrou que a amamentação (alguma vez na vida) associou-se a uma redução de 36% na ocorrência de morte súbita infantil⁵. Outra metanálise de quatro ensaios controlados randomizados mostrou uma redução de 58% na ocorrência de enterocolite necrozante⁵.

Foi estimado que aproximadamente 823 mil mortes anuais de crianças menores de 5 anos seriam evitadas em 75 países de renda baixa e média em 2015 se a amamentação fosse ampliada a níveis quase universais. Isso corresponde a 13,8% das mortes de crianças menores de 2 anos de idade.

Morbidade

Existem evidências, provenientes de metanálises, de que a amamentação protege contra as situações descritas a seguir:

Incidência de diarreia: quando comparadas com crianças menos amamentadas, as crianças menores de 6 meses mais amamentadas tiveram 37% do risco de ocorrência de diarreia; aquelas entre 6 meses e 5 anos, 46% do risco; e as menores de 5 anos, 69% do risco⁶.

Internação hospitalar por diarreia: as crianças menores de 5 anos mais amamentadas tiveram 28% do risco de serem hospitalizadas por diarreia quando comparadas com as crianças menos amamentadas⁶.

Incidência ou prevalência de infecção do trato respiratório inferior: as crianças menores de 2 anos mais amamentadas tiveram 68% do risco de terem infecção do trato respiratório inferior quando comparadas com as crianças menos amamentadas⁶.

Internação hospitalar por infecções respiratórias: as crianças menores de 2 anos mais amamentadas tiveram 43% do risco de serem hospitalizadas por infecções respiratórias quando comparadas com as crianças menos amamentadas⁶.

Otite média aguda: as crianças mais amamentadas tiveram 33% menos chance de otite média nos 2 primeiros anos de vida quando comparadas com as crianças menos amamentadas⁷. Para crianças maiores de 2 anos, os achados foram inconclusivos.

Rinite alérgica: as crianças menores de 5 anos mais amamentadas tiveram 21% menos chance de rinite alérgica quando comparadas com as crianças menos amamentadas⁸. Essa proteção não foi confirmada para crianças maiores de 5 anos.

Asma ou sibilância: considerando os 29 estudos sobre asma, houve redução de 9% nas crianças mais amamentadas quando comparadas com as crianças menos amamentadas. No entanto, quando as análises foram restringidas aos 16 estudos com controle mais rígido para confundimento ou aos 13 estudos de coorte, não foi encontrada associação significativa⁸.

Maloclusão dentária: crianças, adolescentes e adultos que foram mais amamentados tiveram redução de 68% da chance de maloclusão dentária quando comparadas com indivíduos menos amamentados⁹. A maioria dos estudos foi realizada com as crianças ainda na dentição decídua, mas a maloclusão nesse grupo etário é um fator de risco para maloclusão na dentição permanente^{10,11}.

Não houve evidências de associação significativa entre amamentação e eczema⁸ e entre amamentação e alergias alimentares⁸.

A única associação desfavorável ao aleitamento materno foi com cáries dentárias. Crianças menores de 6 anos amamentadas por mais de 12 meses tiveram chance aumentada de cárie na dentição decídua, bem como aquelas em amamentação noturna¹². Essa associação foi atribuída pelos autores do artigo original à possível higiene bucal inadequada após alimentação.

Efeitos de longo prazo em crianças

Sobrepeso ou obesidade: com base em 113 estudos, houve redução de 23% na chance de desenvolver sobrepeso ou obesidade mais tarde na infância, adolescência ou fase adulta em indivíduos mais amamentados¹³. Quando a análise foi restrita aos 23 estudos de alta qualidade, com tamanhos de amostra maiores do que 1.550 indivíduos e ajuste para situação socioeconômica, Índice de Massa Corporal Materna e morbidade perinatal, a amamentação continuou mostrando associação significativa com menor ocorrência dessa doença crônica, com redução de 13%.

Diabetes tipo 2: crianças, adolescentes e adultos que foram mais amamentados tiveram redução de 35% na chance de desenvolver diabetes tipo 2 quando comparadas com indivíduos menos amamentados¹³.

Diabetes tipo 1: uma revisão prévia à publicação do artigo original indicou um possível efeito protetor da amamentação contra diabetes tipo 1⁵.

Leucemia: uma revisão de 18 estudos, prévia à publicação do artigo original, sugeriu que a amamentação está associada com uma redução de 19% (IC_{95%} 11%-27%) na incidência de leucemia na infância¹⁴.

Inteligência: a amamentação foi consistentemente associada com maior desempenho em testes de inteligência em crianças e adolescentes, com um incremento combinado de 3,4 pontos no quociente de inteligência (QI), com base nos achados de 16 estudos observacionais que controlaram para vários fatores de confusão, incluindo estimulação em casa¹³. Nove estudos também ajustaram para inteligência materna, mostrando um efeito combinado de 2,6 pontos. Um grande ensaio randomizado relatou aumento de mais de 7 pontos do QI aos 6,5 anos de idade¹⁵; e um efeito similar foi relatado em um ensaio não randomizado, no qual crianças pré-termo foram

alimentadas com fórmula ou leite materno¹⁶. Associações positivas com a escolaridade alcançada foram relatadas no Reino Unido^{17,18}, na Nova Zelândia¹⁹ e no Brasil²⁰, mas uma análise conjunta de quatro coortes em países de renda baixa e média mostrou resultados conflitantes²¹. Um estudo de coorte no Brasil com 30 anos de seguimento sugeriu um efeito da amamentação na inteligência, na escolaridade alcançada e na renda na vida adulta, sendo 72% do efeito da amamentação sobre a renda explicado pelo aumento no QI²².

As metanálises para pressão arterial sistólica (43 estudos) e diastólica (38 estudos), e colesterol total (46 estudos) não mostraram evidência de efeito protetor da amamentação¹³.

Efeitos na mãe

Amenorreia lactacional: metanálise comparando mulheres com menos de 1 ano pós-parto com maior ou menor duração da amamentação mostrou um efeito consistente (RR = 1,17) em prolongar a amenorreia lactacional, especialmente para amamentação exclusiva ou predominante quando comparada com a parcial (RR=1,21) ou com nenhuma amamentação (RR=1,23)²³. Achados de ensaios randomizados controlados sobre intervenções promovendo a amamentação confirmam esse efeito²⁴.

Câncer de mama: existem evidências de uma robusta associação inversa entre amamentação e câncer de mama. Metanálise com 76 estudos mostrou ser a amamentação responsável por redução de 19% na chance de ocorrência de câncer de mama. No entanto, quando restrita aos 14 estudos com ajuste criterioso para paridade e exclusão de mulheres nulíparas, a redução comparando durações mais longas *versus* mais curtas da amamentação foi de 7%²⁴. A maior análise em nível individual sobre esse tópico incluiu aproximadamente 50 mil mulheres com câncer de 47 estudos²⁵. Cada aumento de 12 meses de amamentação durante toda a vida foi associado com uma diminuição de 4,3% (IC_{95%} 2,9-6,8) na incidência de câncer de mama invasivo. Essa análise incluiu um ajuste criterioso para paridade e outros fatores de confusão; mulheres nulíparas foram excluídas. Os resultados não variaram substancialmente de acordo com o *status* quanto à menopausa. Foi estimado que as taxas globais existentes de amamentação evitam 19.464 mortes por câncer de mama quando comparadas com um

cenário no qual nenhuma mulher amamentasse e 22.216 vidas seriam salvas por ano se a duração da amamentação fosse aumentada dos níveis atuais para 12 meses por criança em países de alta renda e 2 anos por criança nos países de média e baixa renda. A América Latina, a Europa Central e Oriental, a Comunidade de Estados Independentes - CEI e países de alta renda seriam os mais beneficiados, devido à sua elevada incidência de câncer de mama e também menores durações da amamentação no presente.

Câncer de ovário: a metanálise de 41 estudos sobre amamentação e câncer de ovário mostrou a redução de 30% na chance de câncer de ovário associada com períodos mais longos de amamentação²³. O confundimento por paridade pode afetar os resultados – as nulíparas têm menos proteção – mas o confundimento socioeconômico é pouco provável, uma vez que a situação socioeconômica é fracamente associada com a incidência de câncer de ovário. A redução combinada, com base em estudos com ajuste criterioso para paridade e exclusão de mulheres nulíparas, foi de 18%²³.

Câncer de útero: no artigo original a associação entre amamentação e câncer de útero não foi abordada. Porém, posteriormente à publicação do artigo, foi realizada uma metanálise com 17 artigos abordando essa questão²⁶. Após excluir as mulheres nulíparas e ao comparar 8.981 mulheres com câncer de endométrio com 17.241 controles, as mulheres que amamentaram, independentemente do tempo de amamentação, tiveram chance reduzida de desenvolver a doença (OR 0,89, IC_{95%} 0,81-0,98). Maior duração de amamentação por criança foi associada com menor risco de câncer de endométrio, embora pareça haver uma estabilização desse efeito além dos 6-9 meses. Essa associação não varia significativamente com a paridade, Índice de Massa Corporal da mulher ou subtipo histológico do tumor.

Diabetes tipo 2: uma metanálise de seis estudos de coorte sobre diabetes tipo 2 mostrou uma redução de 32% na chance de desenvolver essa doença em mulheres que amamentaram por mais tempo quando comparadas às que amamentaram por menos tempo. Parece haver um efeito dose-resposta²⁷.

Depressão pós-parto: uma revisão qualitativa de 48 estudos mostrou associações claras entre amamentação e menor ocorrência de depressão materna²⁸; todavia, é mais provável que a depressão afete a amamentação do que o inverso.

As metanálises para osteoporose (rádio distal e colo do fêmur)²³ e redução de peso pós-parto²⁹ não mostraram evidências suficientes de associação com amamentação.

O Quadro a seguir sumariza os resultados das metanálises que subsidiaram a elaboração do artigo original.

Resultados das metanálises sobre as associações entre amamentação e desfechos em crianças e mulheres que amamentam

Autor (ano)	Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Número de estudos	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC95%)
Efeitos de curto prazo em crianças					
Sankar <i>et al.</i> (2015) ³	Mortalidade por doenças infecciosas	Exclusiva <i>versus</i> predominante	3	< 6 meses	OR 0,59 (0,41 a 0,85)
Sankar <i>et al.</i> (2015) ³	Mortalidade por doenças infecciosas	Exclusiva <i>versus</i> parcial	3	< 6 meses	OR 0,22 (0,14 a 0,34)
Sankar <i>et al.</i> (2015) ³	Mortalidade por doenças infecciosas	Exclusiva <i>versus</i> nenhuma	2	< 6 meses	OR 0,12 (0,04 a 0,31)
Sankar <i>et al.</i> (2015) ³	Mortalidade por doenças infecciosas	Amamentação alguma vez <i>versus</i> nenhuma	9	6-23 meses	OR 0,48 (0,38 a 0,60)
Horta <i>et al.</i> (2013) ⁶	Incidência de diarreia	Mais amamentação <i>versus</i> menos amamentação*	15	< 5 anos	RR 0,69 (0,58 a 0,82)
Horta <i>et al.</i> (2013) ⁶	Incidência de diarreia	Mais amamentação <i>versus</i> menos amamentação*	23	< 6 meses	OR 0,59 (0,41 a 0,85)
Horta <i>et al.</i> (2013) ⁶	Incidência de diarreia	Mais amamentação <i>versus</i> menos amamentação*	11	6 meses a 5 anos	OR 0,22 (0,14 a 0,34)
Horta <i>et al.</i> (2013) ⁶	Internação hospitalar por diarreia	Mais amamentação <i>versus</i> menos amamentação*	9	< 5 anos	OR 0,12 (0,04 a 0,31)
Horta <i>et al.</i> (2013) ⁶	Infecções do trato respiratório inferior (incidência ou prevalência)	Mais amamentação <i>versus</i> menos amamentação*	16	< 2 anos	OR 0,48 (0,38 a 0,60)
Horta <i>et al.</i> (2013) ⁶	Internação hospitalar por infecções respiratórias	Mais amamentação <i>versus</i> menos amamentação*	17	< 2 anos	RR 0,69 (0,58 a 0,82)

*Exclusiva *versus* não exclusiva; predominante *versus* parcial; parcial *versus* nenhuma; alguma vez *versus* nunca.

** Alguma vez *versus* nunca; exclusiva aos 6 meses *versus* não exclusiva aos 6 meses; >3-4 meses *versus* <3-4 meses.

Autor (ano)	Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Número de estudos	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC95%)
Efeitos de curto prazo em crianças					
Bowatte <i>et al.</i> (2015) ⁷	Otite média aguda	Mais <i>versus</i> menos tempo de amamentação ^{**}	11	≤ 2 anos	OR 0,67 (0,62 a 0,72)
Bowatte <i>et al.</i> (2015) ⁷	Otite média aguda	Mais <i>versus</i> menos tempo de amamentação ^{**}	5	> 2anos	OR 1,21 (0,60 a 2,45)
Lodge <i>et al.</i> (2015) ⁸	Eczema	Mais <i>versus</i> menos tempo de amamentação ^{**}	17	≤ 2 anos	OR 0,95 (0,85 a 1,07)
Lodge <i>et al.</i> (2015) ⁸	Eczema	Mais <i>versus</i> menos tempo de amamentação ^{**}	20	> 2 anos	RR 0,69 (0,58 a 0,82)
Lodge <i>et al.</i> (2015) ⁸	Alergias alimentares	Mais <i>versus</i> menos tempo de amamentação ^{**}	10	≤ 5 anos	OR 0,59 (0,41 a 0,85)
Lodge <i>et al.</i> (2015) ⁸	Alergias alimentares	Mais <i>versus</i> menos tempo de amamentação ^{**}	4	> 5 anos	OR 0,22 (0,14 a 0,34)
Lodge <i>et al.</i> (2015) ⁸	Rinite alérgica	Mais <i>versus</i> menos tempo de amamentação ^{**}	5	≤ 5 anos	OR 0,12 (0,04 a 0,31)
Lodge <i>et al.</i> (2015) ⁸	Rinite alérgica	Mais <i>versus</i> menos tempo de amamentação ^{**}	9	> 5 anos	OR 0,48 (0,38 a 0,60)
Lodge <i>et al.</i> (2015) ⁸	Asma ou sibilância	Mais <i>versus</i> menos tempo de amamentação ^{**}	29	5-18 anos	RR 0,69 (0,58 a 0,82)
Tham <i>et al.</i> (2015) ¹²	Cárie dentária	Amamentação > 12 meses <i>versus</i> ≤ 12 meses	4	< 6 anos	OR 2,69 (1,28 a 5,64)
Tham <i>et al.</i> (2015) ¹²	Cárie dentária	Amamentação sob demanda ou noturna <i>versus</i> não (em crianças amamentadas)	6	< 6 anos	OR 2,90 (2,33 a 3,60)

*Exclusiva *versus* não exclusiva; predominante *versus* parcial; parcial *versus* nenhuma; alguma vez *versus* nunca.

**Alguma vez *versus* nunca; exclusiva aos 6 meses *versus* não exclusiva aos 6 meses; ≥3-4 meses *versus* <3-4 meses.

Autor (ano)	Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Número de estudos	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC95%)
Efeitos de longo prazo em crianças					
Peres <i>et al.</i> (2015) ¹¹	Malocclusão	Nenhuma <i>versus</i> amamentação alguma vez; duração longa <i>versus</i> curta exclusiva; duração longa <i>versus</i> curta qualquer tipo de amamentação	41	Crianças, adolescentes e adultos	OR 0,32 (0,25 a 0,40)
Horta <i>et al.</i> (2015) ¹³	Pressão arterial sistólica	Nenhuma <i>versus</i> amamentação alguma vez; curta duração <i>versus</i> longa qualquer tipo de amamentação	43	Crianças, adolescentes e adultos	-0,80 mm Hg (-1,17 a -0,43)
Horta <i>et al.</i> (2015) ¹³	Pressão arterial diastólica	Nenhuma <i>versus</i> amamentação alguma vez; curta duração <i>versus</i> longa qualquer tipo de amamentação	38	Crianças, adolescentes e adultos	-0,24 mm Hg (-0,50 a -0,02)
Horta <i>et al.</i> (2015) ¹³	Sobrepeso ou obesidade	Nenhuma <i>versus</i> amamentação alguma vez; curta duração <i>versus</i> longa exclusiva; curta duração <i>versus</i> longa qualquer tipo de amamentação	113	Crianças, adolescentes e adultos	OR 0,74 (0,70 a 0,78)
Horta <i>et al.</i> (2015) ¹³	Colesterol	Nenhuma <i>versus</i> amamentação alguma vez; curta duração <i>versus</i> longa qualquer tipo de amamentação	46	Crianças, adolescentes e adultos	-0,01 mmol/L (0,05 a -0,02)
Horta <i>et al.</i> (2015) ¹³	Diabetes tipo 2	Nenhuma <i>versus</i> amamentação alguma vez; curta duração <i>versus</i> longa exclusiva; curta duração <i>versus</i> longa qualquer tipo de amamentação	11	Crianças, adolescentes e adultos	OR 0,65 (0,49 a 0,86)
Horta <i>et al.</i> (2015) ¹³	Inteligência	Nenhuma <i>versus</i> amamentação alguma vez; curta duração <i>versus</i> longa qualquer tipo de amamentação	16	Crianças, adolescentes e adultos	Pontuação de QI: 3,44 (2,30 a 4,58)

Autor (ano)	Desfecho	Tipos de comparação (categorias de amamentação)	Número de estudos	Faixa etária do desfecho	Efeito combinado (IC95%)
Efeitos na mulher que amamenta					
Chowdhury <i>et al.</i> (2015) ²³	Amenorreia lactacional	Maior <i>versus</i> menor duração qualquer tipo de amamentação	13	Mulheres (<1 ano pós-parto)	RR 1,17 (1,04 a 1,32)
Chowdhury <i>et al.</i> (2015) ²³	Câncer de mama	Maior <i>versus</i> menor duração qualquer tipo de amamentação	76	Mulheres adultas	OR 0,81 (0,77 a 0,86)
Chowdhury <i>et al.</i> (2015) ²³	Câncer de ovário	Maior <i>versus</i> menor duração qualquer tipo de amamentação	41	Mulheres adultas	OR 0,70 (0,64 a 0,75)
Chowdhury <i>et al.</i> (2015) ²³	Osteoporose (rádio distal)	Maior <i>versus</i> menor duração qualquer tipo de amamentação	4	Mulheres adultas	SDS -0,132 (-0,260 a -0,003)
Chowdhury <i>et al.</i> (2015) ²³	Osteoporose (colo do fêmur)	Maior <i>versus</i> menor duração qualquer tipo de amamentação	4	Mulheres adultas	SDS -0,142 (-0,426 a -0,142)
Aune <i>et al.</i> (2013) ²⁷	Diabetes tipo 2	Maior <i>versus</i> menor duração qualquer tipo de amamentação	6	Mulheres adultas	RR 0,68 (0,57 a 0,82)
Neville <i>et al.</i> (2014) ²⁹	Mudança de peso pós-parto	Maior <i>versus</i> menor duração qualquer tipo de amamentação	45	Mulheres (< 2 anos pós-parto)	Não estimado

Conclusões

Achados de estudos epidemiológicos e biológicos corroboram o fato de que a decisão de não amamentar uma criança tem efeitos importantes em curto e longo prazos na saúde, nutrição e desenvolvimento da criança e na saúde da mãe. Possivelmente, nenhum outro comportamento de saúde pode afetar desfechos tão diversos nos dois indivíduos que estão envolvidos: a mulher e a criança.

Achados de estudos imunológicos, epigenéticos, microbiômicos e com células-tronco realizados durante as últimas duas décadas, que elucidaram os potenciais mecanismos por meio dos quais a amamentação pode melhorar os desfechos, provavelmente serão seguidos por outras

descobertas ainda mais animadoras sobre o extraordinário conteúdo personalizado do leite humano.

As revisões sistemáticas enfatizam o quão importante a amamentação é para todas as mulheres e crianças, independentemente de onde elas vivem, sejam elas ricas ou pobres. Práticas adequadas de amamentação previnem a morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias e otite média. Onde as doenças infecciosas são causas comuns de morte, a amamentação fornece grande proteção, mas mesmo em populações de alta renda a amamentação diminui a mortalidade por causas como a enterocolite necrozante e a síndrome da morte súbita do lactente. Evidência disponível mostra que a amamentação melhora o capital humano por meio do aumento da inteligência. Ela também tem impacto na saúde das mulheres que amamentam.

Os achados das revisões sistemáticas são restritos pela natureza observacional da maioria dos dados disponíveis sobre amamentação e pelas limitações das metanálises^{30,31}. Dados experimentais são escassos, pois atividades de promoção da amamentação devem ser altamente efetivas para mudar padrões de alimentação de modo a levar a um efeito mensurável em desfechos em curto e longo prazos. Além disso, pode ocorrer confundimento, pois a amamentação está associada com maior posição socioeconômica em países de alta renda. As revisões incluíram subanálises de estudos com controle rigoroso para confundimento. Sempre que possível, também foram realizadas análises separadas de estudos em países de baixa e média renda, uma vez que os indivíduos pobres tendem a ser amamentados por mais tempo do que os ricos nesses países, uma associação que é inversa em países de alta renda. A interpretação das associações também é afetada pelo fato de que as crianças não amamentadas recebem dietas diferentes em diferentes países – por exemplo, leite animal na maioria das sociedades pobres e fórmula nas populações de média e alta renda. A associação entre amamentação e excesso de peso, por exemplo, é provavelmente afetada pela dieta das crianças que não são amamentadas.

Não existe consenso se a amamentação pode ou não proteger contra o risco posterior de uma criança ter excesso de peso ou diabetes^{5,32,33}, principalmente devido ao potencial confundimento residual. Embora a evidência não seja tão forte quanto para infecções ou inteligência, a evi-

dência que associa a amamentação com a proteção contra excesso de peso e diabetes mais adiante na vida é crescente. Achados das metanálises mostraram que a associação persistiu quando restrita a estudos de alta qualidade e, também, quando restrita somente a estudos em cenários de baixa e média renda. A associação parece ser específica – por exemplo, não foi observado efeito na pressão arterial ou nas concentrações de lipídios no sangue, para as quais os padrões de confundimento são similares. Finalmente, achados de ensaios randomizados sobre promoção da amamentação indicam uma redução na adiposidade.

Estima-se que a ampliação das práticas de amamentação a níveis quase universais possa prevenir 823 mil mortes anuais, ou 13,8% de todas as mortes de crianças menores de 24 meses nos 75 países que participaram da iniciativa Contagem Regressiva para 2015³⁴.

A amamentação é potencialmente uma das principais intervenções para reduzir a mortalidade em menores de 5 anos, e as mudanças modestas nas taxas de amamentação desde o ano 2000 contribuíram para o fato de que a maioria dos países de baixa e média renda não alcançou o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, de reduzir a mortalidade na infância em dois terços³⁵. O artigo no qual se baseou este capítulo mostra que o aumento da amamentação exclusiva deve estar entre as principais prioridades para a redução das mortes de crianças.

Como exemplo do potencial para salvar as vidas de mulheres, foi estimado que as taxas de amamentação atuais previnem quase 20 mil mortes por câncer de mama a cada ano e mais 20 mil são preveníveis a partir da ampliação das práticas de amamentação.

Para atingir seu efeito completo, a amamentação deve continuar até a idade de 2 anos ou mais. A proteção contra a mortalidade e a morbidade por doenças infecciosas se estende até o segundo ano de vida – por exemplo, a amamentação previne metade das mortes causadas por infecções em crianças de 6 a 23 meses. A proteção contra otite média, uma doença comum na infância em todo o mundo, também se prolonga até 2 anos e possivelmente além. Achados de estudos abordando sobrepeso e obesidade mostram que durações mais longas da amamentação estão associadas com risco mais baixo, assim como estudos sobre QI, que mostram uma associação dose-resposta clara com a maior duração da amamenta-

ção. O câncer de mama é reduzido pela duração da amamentação entre mulheres que amamentaram, com redução de 4,3% para cada 12 meses²⁵. Achados de pesquisas etnográficas mostram que a duração total da amamentação varia entre 2 e 4 anos na maioria das sociedades tradicionais³⁵, e a revisão da literatura fornece suporte às recomendações internacionais sobre a duração total da amamentação, em países de alta e baixa renda.

Os achados dessa revisão mostram como a proteção, a promoção e o apoio à amamentação são essenciais para o alcance de muitos dos recentemente lançados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030. A amamentação é claramente relevante para o terceiro objetivo sustentável, que inclui não somente a saúde materna e infantil, mas também doenças não transmissíveis, tais como câncer de mama e diabetes, bem como sobrepeso e obesidade. Também é relevante no segundo objetivo (sobre nutrição). O efeito da amamentação na inteligência e no capital humano é relevante para o quarto objetivo (educação), para o primeiro (pobreza) e o oitavo (crescimento econômico inclusivo). Finalmente, por ajudar a diminuir a distância entre ricos e pobres, a amamentação pode contribuir para o décimo objetivo – reduzir as desigualdades.

Referências

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10033):2089-90.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Epidemiol Serv Saude* [internet]. 2016. [acesso em 23 maio 2019]. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>
3. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, *et al.* Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015; 104:3-13.
4. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*. 2000; 355: 451-55.

5. Ip S, Chung M, Raman G, *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries [internet]. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007 [acesso em 25 jul 2019]. Disponível em: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/>
6. Horta BL, Victora CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality [internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [acesso em 25 jul 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95585/9789241506120_eng.pdf;jsessionid=C6137668070EF5535BFAB70BA6D02038?sequence=1
7. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, *et al.* Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; (104): 85–95.
8. Lodge CJ, Tan DJ, Lau M, *et al.* Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; (104): 38–53.
9. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; (104): 54–61.
10. Onyeaso CO, Isiekwe MC. Occlusal changes from primary to mixed dentitions in Nigerian children. *Angle Orthod.* 2008; (78): 64–69.
11. Peres KG, Peres MA, Thomson WM, Broadbent J, Hallal PC, Menezes AB, *et al.* Deciduous-dentition malocclusion predicts orthodontic treatment needs later: findings from a population-based birth cohort study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2015; (147): 492–98.
12. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, *et al.* Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; (104): 62–84.
13. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; (104): 30–37.
14. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leucemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Paediatr.* 2015; (169): e151025.

15. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, *et al.* Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; (650): 578–84.
16. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*. 1992; (339): 261–64.
17. Richards M, Hardy R, Wadsworth ME. Long-term effects of breastfeeding in a national birth cohort: educational attainment and midlife cognitive function. *Public Health Nutr*. 2002; (5): 631–35.
18. Martin RM, Goodall SH, Gunnell D, Davey Smith G. Breast feeding in infancy and social mobility: 60-year follow-up of the Boyd Orr cohort. *Arch Dis Child*. 2007; (92): 317–21.
19. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* 1998; 101: E9.
20. Victora CG, Barros FC, Horta BL, Lima RC. Breastfeeding and school achievement in Brazilian adolescents. *Acta Paediatr*. 2005; (94): 1656–60.
21. Horta BL, Bas A, Bhargava SK, *et al.* Infant feeding and school attainment in five cohorts from low- and middle-income countries. *PLoS One* 2013; (8): e71548.
22. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015; (3): e199–e205.
23. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015; (104): 96–113.
24. Bobrow KL, Quigley MA, Green J, Reeves GK, Beral V. Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study. *Int J Obes*. 2013; (37): 712–17.
25. 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 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002; (360): 187–95.

26. Jordan SJ, Na R, Johnatty SE, Wise LA, Adami HO, Brinton LA, *et al.* Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: an analysis from the epidemiology of endometrial cancer consortium. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(6):1059-1067.
27. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014; (24): 107-15.
28. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015; (171): 142-54.
29. Neville CE, McKinley MC, Holmes VA, Spence D, Woodside JV. The relationship between breastfeeding and postpartum weight change—a systematic review and critical evaluation. *Int J Obes.* 2014; (38): 577-90.
30. Bailar JC. The promise and problems of meta-analysis. *N Engl J Med.* 1997; (337): 559-61.
31. Black RE, Victora CG, Walker SP, *et al.* Maternal and child nutrition study group. maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2013; (382): 427-51.
32. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization, 2013.
33. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Davey-Smith G, Gillman MW, Cook DG, *et al.* The effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *Am J Clin Nutr.* 2005; (82): 1298-307.
34. Requejo JH, Bryce J, Barros AJ, *et al.* Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. *Lancet.* 2015; (385): 466-76.
35. Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In: Macadam PS, Dettwyler KA, publishers. *Breastfeeding: biocultural perspectives.* New York: Walter de Gruyter; 1995: 39-73.

Panorama do aleitamento materno no mundo e no Brasil

Sonia Isoyama Venancio¹

Evidências científicas na área da amamentação têm sido fundamentais para o conhecimento sobre os seus benefícios. Nas últimas três décadas, os resultados de estudos epidemiológicos e o crescente conhecimento dos papéis da epigenética, das células-tronco e das origens precoces da saúde e da doença fornecem forte suporte à importância da amamentação para a sobrevivência, a saúde e o desenvolvimento das crianças, a saúde das mulheres e o desenvolvimento do capital humano¹.

É também com base em evidências que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a amamentação exclusiva seja praticada até o 6º mês de vida do lactente e que após esse período a criança continue sendo amamentada juntamente com alimentos complementares, até os dois anos de vida ou mais^{2,3}.

Os inquéritos epidemiológicos sobre as práticas de alimentação infantil são estudos fundamentais para a avaliação e monitoramento do alcance das recomendações da OMS em diferentes contextos.

Assim, o presente capítulo tem por objetivos apresentar as recomendações da OMS para avaliação de práticas de alimentação infantil em estudos populacionais e descrever o panorama da amamentação no mundo e no Brasil.

¹ Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra; Doutora em Nutrição em Saúde Pública; Pesquisadora Científica VI e Assessora Técnica IV do Instituto de Saúde, SES-SP; Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e do Programa de Pós Graduação em Nutrição e Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Consultora da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.

Recomendações da OMS para avaliação e práticas de alimentação infantil

O documento intitulado “Indicadores para avaliar práticas de aleitamento materno”, publicado pela OMS em 1991, forneceu um conjunto de indicadores que poderiam ser usados para avaliar a alimentação infantil dentro e entre países e o progresso dos esforços de promoção do aleitamento materno⁴.

Desde então, houve mudanças importantes nas recomendações sobre alimentação de bebês e crianças pequenas à luz do conhecimento científico, o que levou à necessidade de revisão e expansão do conjunto de indicadores inicialmente propostos. Em 2001, por exemplo, a OMS passou a recomendar o aleitamento materno exclusivo por 6 meses, uma mudança em relação à recomendação anterior de introdução de alimentos complementares aos 4-6 meses. Dessa forma, o indicador de aleitamento materno exclusivo com menos de 4 meses, proposto no documento de 1991, deixou de fornecer dados que se refletiam nas diretrizes atuais. Sendo assim, realizou-se o Encontro Global de Consenso da OMS sobre Indicadores para avaliar práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas, de 6 a 8 de novembro de 2007, em Washington, o qual resultou em uma publicação, no ano seguinte, contendo um resumo da discussão e o consenso alcançado sobre oito indicadores principais e sete indicadores opcionais para avaliar práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas a partir de estudos populacionais. Embora o documento revisado tenha ampliado significativamente os indicadores para avaliação das práticas de alimentação complementar, nesse capítulo serão apresentadas as propostas de categorias e indicadores relacionados ao aleitamento materno⁵.

O Quadro 1 descreve os critérios que definem as práticas de alimentação infantil e o Quadro 2 apresenta o conjunto de indicadores propostos para avaliar as práticas de aleitamento materno em estudos populacionais.

No tocante aos aspectos metodológicos, os indicadores propostos devem ser derivados de entrevistas com os cuidadores. Com exceção dos indicadores “início precoce da amamentação” e “crianças alguma vez

amamentadas”, todos os indicadores são baseados em dados de *status* atual, ou seja, a idade atual da criança e outras informações do dia anterior à pesquisa e, não, em dados retrospectivos. As mães não são questionadas quando pararam ou iniciaram práticas de alimentação específicas, que são perguntas que tendem a produzir uma concentração de dados em determinadas idades. O período do recordatório do dia anterior foi selecionado porque tem sido amplamente utilizado e considerado adequado em pesquisas de consumo alimentar quando o objetivo é descrever as práticas de alimentação infantil em populações. Como as práticas variam de um dia para o outro, os indicadores derivados do período recordatório do dia anterior não devem ser usados para fazer avaliações da adequação da dieta no nível do indivíduo.

Esses indicadores, projetados principalmente para uso em pesquisas de larga escala, podem ser úteis para (1) avaliação: fazer comparações nacionais e subnacionais e descrever tendências ao longo do tempo; (2) focalização: identificar populações em risco, direcionar intervenções e tomar decisões políticas sobre alocação de recursos; e (3) monitoramento e avaliação: monitorar o progresso no alcance das metas e avaliar o impacto das intervenções. Sua utilização é recomendada, especialmente, para possibilitar a comparabilidade entre estudos realizados em diferentes locais e regiões do mundo.

Quadro 1. Critérios que definem práticas de alimentação infantil selecionadas

Prática de alimentação	Requer que a criança receba	Permite que a criança receba	Não permite que a criança receba
Aleitamento Materno Exclusivo	Leite materno (incluindo leite retirado da mama)	Soro de reidratação oral, gotas, xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos)	Qualquer outro líquido ou alimento
Aleitamento Materno Predominante	Leite materno (incluindo leite retirado da mama) como fonte principal de nutrição	Certos líquidos (água, bebidas à base de água, suco de fruta, fluidos rituais e soro de reidratação oral, gotas, xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos)	Qualquer outro líquido ou alimento (em especial leite não humano e fluidos alimentares)

Prática de alimentação	Requer que a criança receba	Permite que a criança receba	Não permite que a criança receba
Alimentação complementar	Leite materno (incluindo leite retirado da mama) e alimentos sólidos ou semissólidos	Qualquer outro líquido ou alimento, incluindo leite não humano e fórmula infantil	-
Aleitamento Materno	Leite materno (incluindo leite retirado da mama)	Qualquer outro líquido ou alimento, incluindo leite não humano e fórmula infantil	-
Mamadeira	Qualquer líquido (incluindo leite materno) ou alimento semissólido oferecido por mamadeira	Qualquer outro líquido ou alimento, incluindo leite não humano e fórmula infantil	-

Fonte: Adaptado do documento WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1: definitions: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. 2008.

Quadro 2. Indicadores principais e opcionais para avaliação de práticas de aleitamento materno em estudos populacionais

Indicadores principais	
Início precoce da amamentação	Proporção de crianças nascidas nos últimos 24 meses que foram colocadas para mamar dentro de uma hora após o nascimento
Amamentação exclusiva em menores de 6 meses*	Proporção de crianças de 0 a 5 meses de idade alimentadas exclusivamente com leite materno
Amamentação continuada até 1 ano de idade)*	Proporção de crianças de 12 a 15 meses de idade alimentadas com leite materno
Indicadores opcionais	
Início precoce da amamentação	Proporção de crianças nascidas nos últimos 24 meses que foram colocadas para mamar dentro de uma hora após o nascimento
Amamentação exclusiva em menores de 6 meses*	Proporção de crianças de 0 a 5 meses de idade alimentadas exclusivamente com leite materno
Amamentação continuada até 1 ano de idade)*	Proporção de crianças de 12 a 15 meses de idade alimentadas com leite materno

Fonte: Adaptado do documento WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1: definitions: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. 2008.

*No dia anterior à pesquisa (últimas 24h).

Panorama da amamentação no mundo

Apesar dos inúmeros benefícios do aleitamento materno, para a saúde das crianças e das mães, e das evidências de que a promoção da amamentação é igualmente importante nos países ricos e pobres¹, a situação da amamentação encontra-se aquém das recomendações da OMS globalmente.

Victora e colaboradores (2016), em publicação no *Lancet Breastfeeding Series*, analisaram informações sobre 127 dos 139 países de baixa e média renda, que totalizam 99% das crianças de tais países e 37 dos 75 países de alta renda, mas para vários deles somente um subconjunto dos indicadores de amamentação estava disponível¹. Chama a atenção a ausência de informação sobre o início precoce da amamentação e a amamentação exclusiva em menores de 6 meses nos países de alta renda.

A maioria das mães em todos os grupos de países iniciaram a amamentação; apenas três países (França, Espanha e Estados Unidos da América) tiveram taxas inferiores a 80% para amamentação alguma vez na vida. Entretanto, a iniciação precoce foi baixa em todos os cenários, não atingindo 50% nos países de média e baixa renda¹.

Em relação à amamentação exclusiva, somente 37% das crianças menores de 6 meses estavam recebendo somente leite materno no dia anterior à pesquisa mais recente. A prevalência de amamentação exclusiva variou, sendo 47% nos países de baixa renda, 39% nos países de baixa/média renda e 37% nos países de média/alta renda¹.

As prevalências mais altas de amamentação aos 12 meses foram encontradas na África Subsaariana, no Sul da Ásia e em partes da América Latina. Porém, a continuidade da amamentação até o primeiro ano de vida tem baixa prevalência na maioria dos países de alta renda, em geral inferior a 20%. Diferenças importantes puderam ser observadas nesse grupo de países, por exemplo, entre Reino Unido (<1%) e Estados Unidos da América (27%) e entre Noruega (35%) e Suécia (16%)¹.

A análise dos indicadores segundo a riqueza dos países mostrou que, exceto para a iniciação precoce, a prevalência de todos os indicadores diminuiu com o incremento da riqueza nacional. Países de baixa renda tiveram uma prevalência elevada de amamentação em todas as

idades, mas as taxas de início precoce e amamentação exclusiva são insatisfatórias mesmo nesses países¹.

Para a maioria dos países de média e baixa renda, havia disponibilidade de dados de várias pesquisas ao longo do tempo, tornando possível explorar tendências temporais no nível nacional e para crianças das famílias 20% mais pobres e 20% mais ricas. As taxas de amamentação exclusiva aumentaram levemente, de 24,9% em 1993 para 35,7% em 2013. Nas crianças das famílias do último quinto de renda (20% mais ricas), o crescimento foi mais abrupto, enquanto o primeiro quinto (20% mais pobres) seguiu a tendência geral. A amamentação continuada até 1 ano (12-15 meses) declinou levemente em âmbito mundial (de 76,0% para 73,3%), parcialmente devido à redução entre as 20% mais pobres em cada país¹.

Outro aspecto interessante é que, ao analisar as desigualdades dentro dos países, verificou-se que as pessoas mais pobres tendem a amamentar por mais tempo do que as pessoas mais ricas, especialmente nos países de média renda. Por outro lado, em países de alta renda a amamentação tende a ser mais comum em mulheres com maior renda e alta escolaridade do que entre aquelas nos grupos de renda baixa e com menos anos de educação formal. As baixas taxas de amamentação continuada em famílias mais ricas indicam que é possível que mães mais pobres passem a utilizar substitutos do leite materno com o aumento de sua renda, uma preocupação que é reforçada pelas taxas decrescentes em populações pobres¹.

Com base no cenário epidemiológico, algumas iniciativas mundiais vêm sendo propostas para incentivar os países a melhorarem suas taxas de amamentação.

O movimento *Countdown for 2015* (Contagem Regressiva para 2015) envolveu acadêmicos, governos, agências internacionais, associações de profissionais de saúde, doadores e organizações não governamentais, tendo o periódico *The Lancet* como um parceiro-chave, para utilizar dados específicos dos países para estimular e apoiar seu progresso no sentido de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde. Um novo ciclo do movimento (*Countdown 2030*) foi iniciado no contexto da agenda 2030 para o de-

envolvimento sustentável incluindo 81 países prioritários, que juntos são responsáveis por 95% das mortes maternas e 90% das mortes entre crianças menores de 5 anos. O primeiro relatório dessa iniciativa, publicado em 2017, mostra que para os 56 países com os dados disponíveis, a prevalência de início precoce da amamentação foi de 52%, variando de 17 a 93%. Em relação à amamentação exclusiva em menores de seis meses, dados estavam disponíveis para 59 países, com prevalência média de 47% e variação de 0 a 87%. Foi possível analisar a continuidade da amamentação com um ano de idade em 58 países, com prevalência de 86% (com um intervalo de 31-98%)⁶.

A Década de Ação das Nações Unidas sobre Nutrição 2016-2025 (Década da Nutrição)¹¹ tem como objetivo desencadear uma ação intensificada para acabar com a fome, erradicar todas as formas de má nutrição (incluindo a desnutrição e sobrepeso/obesidade) em todo o mundo e garantir acesso universal a dietas mais saudáveis e sustentáveis para todas as pessoas. No âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a Década da Nutrição apresenta uma oportunidade para todos os países e partes interessadas alinharem as atividades em torno de um marco para aumentar a visibilidade, a coordenação e a eficácia das ações nutricionais em todo o mundo. Entre as metas globais para melhorar a nutrição de mães e crianças até 2025 está contemplado o aumento da prevalência da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida para pelo menos 50%⁷. Apesar dos esforços empreendidos, o Relatório Global de Nutrição de 2017 aponta, com base nos dados disponíveis, que 40% das crianças de 0-5 meses eram amamentadas de forma exclusiva em 2016. Um aumento de 2 pontos percentuais foi observado em 4 anos, o que se reflete em um progresso muito limitado. Aponta ainda que somente 20 países estão no caminho para alcançar a meta de que pelo menos 50% das crianças menores de 6 meses estejam em amamentação exclusiva até 2025⁸.

II The United Nations Decade of Action on Nutrition. Disponível em <http://www.un.org/nutrition>

Panorama da amamentação no Brasil

No Brasil, assim como no mundo, a prática da amamentação sofreu um considerável declínio, decorrente do intenso processo de urbanização, da inserção da mulher no mercado de trabalho e da propaganda e marketing não regulados dos leites industrializados⁹. Sigulem e Tudisco mostraram, por exemplo, que no Município de São Paulo a duração mediana da amamentação era de aproximadamente um mês em meados da década de 1970¹⁰.

Nessa seção serão apresentadas informações sobre a evolução dos indicadores de aleitamento materno no Brasil, baseadas em estimativas geradas pelas principais pesquisas probabilísticas de amplitude nacional realizadas no período de 1975 a 2013.

Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF/1974-75): a primeira informação sobre a situação da amamentação com os dados representativos das crianças brasileiras foi obtida do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), realizado em 1974-1975 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cabe ressaltar que o propósito do ENDEF foi avaliar o consumo alimentar da família e essa pesquisa não incluía questões específicas para investigar a prática da amamentação. Entretanto, Venancio e Monteiro (1998) identificaram uma oportunidade de obter informações sobre o *status* relativo à amamentação das crianças menores de um ano a partir de uma questão dirigida a todas as mulheres sobre estar ou não amamentando no momento da entrevista, com a finalidade de avaliar a adequação da dieta das mulheres lactantes⁹.

Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN/1989): no final de década de 1980 a amamentação foi incluída como prioridade no âmbito da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, na qual a condição das crianças quanto à amamentação foi verificada pela aplicação de um questionário alimentar específico¹¹.

Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF/1986): resultou de uma subamostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1984) e fez parte do

Programa de Pesquisas sobre Demografia e Saúde¹² (*Demographic and Health Surveys – DHS*)^{III}.

Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS/1996): compreendeu uma subamostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1995) e fez parte da DHS¹³.

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS/2006): consistiu de um inquérito domiciliar com abrangência nacional e utilizou os critérios e questionários da DHS, mas não fez parte do conjunto de pesquisas da DHS desse período¹⁴.

Pesquisas de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (IPPAM/1999 e IIPPAM/2008): foram realizadas em 1999 e 2008 com amostras probabilísticas da população de crianças menores de 12 meses que compareceram às campanhas nacionais de vacinação das 26 capitais brasileiras e Distrito Federal. Essa estratégia foi adotada pelo Ministério da Saúde para o monitoramento das práticas de alimentação infantil, por permitir a obtenção de dados representativos (em função das altas coberturas populacionais das campanhas) em um curto período e com um custo relativamente baixo. Nessas pesquisas foi aplicado questionário semelhante ao da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), com informações sobre alimentação das crianças nas últimas 24 horas¹⁵.

Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS-2013): teve por base a amostra mestra do IBGE e é representativa de moradores de domicílios permanentes, localizados em zona urbana ou rural, das cinco grandes regiões geográficas, 27 Unidades da Federação (UF), capitais e demais municípios. Vale ressaltar que, enquanto a PNSMIPF e as PNDS foram desenhadas para avaliar aspectos relacionados à saúde materno-infantil, o foco da PNS-2013 foi a situação de saúde da população adulta em geral¹⁶.

III O DHS é um programa financiado pela *United States Agency for International Development* (USAID), com contribuição de outros doadores, que apoia uma variedade de opções de coleta de dados que pode ser adaptada para atender às necessidades específicas de monitoramento e avaliação dos países anfitriões. Disponível em <https://dhsprogram.com/>

O Quadro 3 sumariza as informações resultantes desses inquéritos no período de 1975 a 2013, com os indicadores de aleitamento materno analisados.

Quadro 3. Indicadores de aleitamento materno no Brasil (e IC 95%) com base em inquéritos nacionais de base populacional, no período de 1975 a 2013

Ano	Abrangência	Amamentação Exclusiva < 6 meses (%)	Duração mediana da amamentação (meses)	Amamentação continuada com 1 ano de idade (12-14 meses)	Amamentação continuada com 2 anos de idade (21-23 meses)
1975	Brasil	*	2,5 ¹ (2,1 – 2,8)	*	*
1986	Brasil	3,1 ¹ (1,2 – 7,9)	6,8 ¹ (5,7 – 8,2)	22,7 ² (12,9 – 36,8)	24,5 ² (11,7 – 44,4)
1989	Brasil	*	5,5 ¹ (3,6 – 8,9)	*	*
1996	Brasil	23,9 ² (19,8 – 28,5)	7,3 ¹ (6,5 – 8,2)	37,5 ² (31,1 – 44,2)	24,7 ² (20,0 – 30,2)
1999	capitais brasileiras e DF	26,7 ¹ (26,2 – 27,3)	9,9 ¹ (9,6 – 10,1)	*	*
2006	Brasil	38,6 ¹ (32,0 – 48,1)	11,9 ¹ (10,1 – 15,6)	47,2 ² (36,5 – 58,2)	23,3 ² (15,2 – 33,9)
2008	capitais brasileiras e DF	41,0 ¹ (39,7 – 42,4)	11,3 ¹ (10,3 – 12,7)	*	*
2013	Brasil	36,6 ^{2,5} (30,4 – 42,9)	*	45,4 ² (39,4 – 51,3)	31,8 ² (25,4 – 38,1)

1 Fonte: Venancio *et al.* (2013); 2. Fonte: Boccolini *et al.* (2017).

*Dados não disponíveis.

§ Estudo de Flores *et al.* (2017) apresenta prevalência de 20,6% (IC95%: 18,5; 22,7).

Venancio e colaboradores (2013)¹⁷, buscando contribuir para a análise da tendência secular da amamentação no Brasil nas últimas décadas, reanalisaram as bases de dados de sete pesquisas nacionais no período compreendido entre 1975 e 2008. A reanálise dos dados fez-se necessária, pois embora em todos os inquéritos as informações sejam referentes ao *status* atual da amamentação (últimas 24 horas), os relatórios dessas pesquisas apresentam seus resultados utilizando diferentes indicadores, em diferentes

faixas etárias, a partir de métodos distintos para a obtenção das estimativas. Assim, para todas as pesquisas calculou-se o indicador “duração mediana do aleitamento materno (AM)”, utilizando a análise de logito, na qual são estimadas, por modelagem estatística, as probabilidades do evento em função da idade; para as pesquisas realizadas em 1986, 1999, 2006 e 2008 gerou-se também o indicador “prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de 6 meses”, ambos propostos pela OMS para estudos populacionais sobre práticas de alimentação infantil. Esse último indicador não foi calculado para a PNDS/1996 devido à ausência de questões no instrumento de coleta de dados que possibilitem a análise da situação da amamentação exclusiva de forma precisa, pois para as mães que respondiam oferecer somente o leite materno, não se questionou a oferta de outros líquidos como água, chás e sucos. Foram utilizados procedimentos padronizados para a reanálise dos bancos de dados, que levaram em consideração o delineamento amostral complexo. Realizou-se ainda a análise da velocidade de aumento dos indicadores em cada uma das décadas, aspecto relevante para avaliação do sucesso das várias ações de promoção do AM desenvolvidas no país e para fazer projeções quanto à evolução futura dos indicadores¹⁷.

Os principais resultados desse estudo apontaram importantes avanços na duração mediana da amamentação e na prevalência da amamentação exclusiva em menores de 6 meses. Em relação à duração mediana do AM, observou-se aumento expressivo no período: na pesquisa realizada na década de 1970, metade das crianças brasileiras havia deixado de receber leite materno antes de completar os três meses de idade e nas últimas pesquisas, realizadas nos anos 2000, a duração do aleitamento esteve próxima de um ano; em valores brutos, o aumento foi de praticamente nove meses. Em relação à velocidade de aumento desse indicador, a comparação entre a PNSMIPF/86 e a PNDS/96 mostrou um aumento de meio mês em dez anos, e entre a PNDS/96 e 2006 verificou-se um aumento de 4,6 meses em igual intervalo de tempo. Na comparação entre as pesquisas realizadas nas capitais e Distrito Federal, houve aumento de pouco mais de um mês na duração mediana do AM em nove anos. Avanços também foram observados quanto à prevalência de AME: enquanto na década de 1980 apenas 3,1% das crianças menores de 6 meses estavam em amamentação exclusiva, esse porcentual aumentou mais de dez vezes, passando a 38,6% em

2006; nesse período, houve aumento de 1,7 pontos percentuais ao ano. A análise sobre a velocidade de aumento desse indicador por décadas, utilizando a comparação entre as pesquisas da DHS, foi prejudicada em função da ausência de informações sobre o AME na PNDS/96. Tomando-se por base as pesquisas das capitais, verificou-se aumento de 14,3 pontos percentuais entre 1999 e 2008, com média de aumento de 1,6 ponto percentual/ano no período. Estimou-se ainda que, mantendo-se um aumento de 15 dias/ano na duração mediana do AM e 1,5 pontos percentuais/ano na prevalência do AME, o Brasil demoraria 12 anos para atingir duração mediana adequada do AM e seis anos para alcançar valores razoáveis de prevalência do AME. Em conclusão, as análises realizadas confirmaram a tendência crescente da amamentação no Brasil, porém apontam importantes desafios no sentido de acelerar o ritmo de crescimento dessa prática, rumo ao alcance das recomendações internacionais¹⁷.

Em relação à II PPAM/2008, alguns dados merecem ser destacados. Primeiramente, essa pesquisa difere dos demais inquéritos nacionais tendo em vista a estratégia de amostragem, que envolve as capitais brasileiras e Distrito Federal (DF). A vantagem dessa estratégia é a obtenção de dados representativos das crianças menores de um ano por capital e DF, o que pode apoiar o monitoramento dos indicadores e orientar a tomada de decisão em relação às políticas de aleitamento materno no nível local. Os inquéritos nacionais, por sua vez, fornecem indicadores que representam a média da população infantil brasileira, incluindo áreas urbanas e rurais, com desagregações para regiões do País e alguns estados. Apesar de extremamente úteis para a análise de séries temporais no País como um todo, essas informações não revelam a grande heterogeneidade dos indicadores de uma mesma região e entre as capitais dos estados brasileiros, o que pode limitar a possibilidade de delinear intervenções apropriadas a cada realidade. A análise de alguns indicadores da IIPPAM/2008 pode exemplificar e apoiar tal afirmação. A prevalência do indicador “aleitamento materno na primeira hora de vida” no conjunto das capitais e DF foi de 67,7% (IC_{95%} 66,7-68,8), variando de 58,5% a 85,5%. A prevalência de amamentação_{95%} exclusiva em menores de seis meses variou de 27,1 a 56,1%, sendo de 41% para o conjunto das capitais. Um resumo dos principais indicadores obtidos pela IIPPAM/2008 é apresentado no Quadro 4.

Quadro 4. Principais indicadores obtidos pela IIPPAM/2008

Indicador	Conjunto das capitais e DF	Variação	Pior situação	Melhor situação
Amamentação na 1ª hora de vida (%)	67,7	58,5 - 83,5	Salvador/BA	São Luís/MA
Amamentação exclusiva em < 6 meses (%)	41	27,1 - 56,1	Cuiabá/MT	Belém/PA
Duração mediana da amamentação exclusiva (dias)	54,1	0,74 - 88,8	Cuiabá/MT	Belém/PA
Duração mediana da amamentação (dias)	11,2	9,6 - 19,7	São Paulo/SP	Macapá/AP

Fonte: Venancio *et al.*, 2010.

Outra importante contribuição para o estudo do aleitamento materno no País foi a publicação de Boccolini e colaboradores (2017), que teve como objetivo atualizar a tendência dos indicadores de aleitamento materno no Brasil nas últimas três décadas, incorporando informações provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013). Foram analisados dados secundários dos inquéritos nacionais com informações sobre aleitamento materno (1986, 1996, 2006 e 2013) para a construção da série histórica das prevalências dos seguintes indicadores: 1) Aleitamento materno Exclusivo (AME 6m): proporção de crianças entre zero e 5 meses completos de vida alimentados exclusivamente com leite materno; 2) Aleitamento Materno (AM): proporção de crianças nascidas nos últimos dois anos que foram amamentadas alguma vez nas últimas 24 horas; 3) Aleitamento Materno Continuado com um ano de vida (AM1ano): proporção de crianças entre 12 e 14 meses de vida amamentadas na época da entrevista; e 4) Aleitamento Materno Continuado aos 2 anos (AM2anos): proporção de crianças entre 21 e 23 meses de vida amamentadas na época da entrevista¹⁶. Não foi possível incluir o indicador sobre amamentação na primeira hora de vida, pois essa informação não consta na PNS/2013.

Essa análise mostrou que a prevalência do AME entre os menores de 6 meses aumentou 34,2 pontos percentuais entre 1986 e 2006, indo de 2,9% para 37,1%, com ganhos estatisticamente significativos em cada uma

das décadas até 2006 e estabilização em 2013. Em relação à prevalência de AM, houve um aumento estatisticamente significativo de 18,9 pontos percentuais entre 1986 e 2006, alcançando prevalência de 56,3% em 2006. Porém, em 2013 houve discreta diminuição do AM (52,1%). A prevalência de AM no primeiro ano de vida (AM1ano) aumentou de 22,7% em 1986 para 45,4% em 2013, equivalente a uma elevação total de 22,7 pontos percentuais no período, estabilizando-se entre 2006 e 2013. A evolução da prevalência de AM aos 2 anos de idade (AM2anos) diferiu dos outros indicadores, com prevalência relativamente estável em torno de 25% entre 1986 e 2006 e aumento subsequente e estatisticamente significativo de 8,5 pontos percentuais, chegando a 31,8% em 2013¹⁶.

O estudo de Boccolini e colaboradores (2017)¹⁶ confirmou tendência ascendente dos indicadores de amamentação no Brasil até 2006, corroborando a análise de Venancio e colaboradores (2013)¹⁷, porém revelou estabilização a partir dessa data em três dos quatro indicadores avaliados. Os autores¹⁶ concluíram que esse resultado pode ser considerado um sinal de alerta, que impõe avaliação e revisão das políticas e programas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, fortalecendo as existentes e propondo novas estratégias para que as prevalências dos indicadores de aleitamento materno retomem a tendência ascendente.

A publicação de Flores e colaboradores (2017)¹⁸, analisando somente os dados provenientes da PNS, mostram resultados ainda mais alarmantes. Os desfechos desse estudo foram AM entre crianças menores de 2 anos de idade e AME entre crianças menores de 6 (0-5 meses e 29 dias). Segundo os autores, a prevalência de AME entre os menores de 6 meses de idade ficou em 20,6% (IC_{95%} 18,5-22,7), e a prevalência de AM entre os menores de 2 anos de idade ficou em 56% (IC_{95%} 54,6-57,4). Quando estratificada por faixa etária, a prevalência de amamentação ficou em 80% (IC_{95%} 77,9-82,2), 62,3% (IC_{95%} 59,6-65,0) e 40,2% (IC_{95%} 38,0-42,1) entre crianças de 0-5 meses e 29 dias, 6-11 meses e 29 dias e 12-23 meses e 29 dias de idade, respectivamente.

Presume-se que as diferenças entre os resultados obtidos pelos dois estudos que analisaram dados da PNS/2013, especialmente em relação à amamentação exclusiva em menores de 6 meses, (36,6)¹⁶ *versus* (20,6%)¹⁸,

se devem a diferentes estratégias de análise adotadas nos dois estudos. Vale lembrar que o fato de a PNS ter como foco a saúde da população adulta no País impôs algumas limitações em relação às informações sobre amamentação, assim como a não disponibilidade de informações completas sobre a idade das crianças pelo IBGE pode ter resultado em abordagens diferentes para obtenção dos resultados. De qualquer forma, questiona-se se a prevalência de amamentação exclusiva no Brasil, que vinha mostrando tendência ascendente até 2008, possa ter sofrido declínio tão expressivo nos últimos cinco anos.

Diante desse cenário, de possível estagnação ou declínio da amamentação no Brasil, torna-se imprescindível e urgente a realização de novo inquérito nacional sobre práticas de alimentação infantil.

No momento em que esse capítulo foi elaborado, estava ainda sem definição a realização da nova PNDS, que deveria ter sido conduzida em 2016, para manter a periodicidade de monitoramento dos indicadores a cada dez anos.

Considerações finais

A análise dos dados de inquéritos nacionais realizados no período de 1975 a 2008 mostra avanços inegáveis em relação à prática de amamentação no Brasil. Esses avanços figuram entre os principais determinantes da redução da mortalidade infantil e desnutrição no País, junto à melhoria das condições de vida e ampliação do acesso a serviços de saúde¹⁹. É importante ressaltar, à luz das evidências científicas, que o aleitamento materno poderá ainda ter um papel fundamental no enfrentamento de novos desafios da agenda de Saúde da Criança no Brasil, indicados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)²⁰, como o controle do sobrepeso/obesidade em crianças e o alcance do pleno desenvolvimento na primeira infância.

Vários fatores podem ter contribuído para a expansão da prática da amamentação no Brasil. Ações de promoção da amamentação tiveram início no País com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM, em 1981²¹. A década de 1980 foi marcada por importantes avanços na proteção legal do AM, com a aprovação da Norma

Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactente e a inclusão, na Constituição Brasileira, do direito a 120 dias de licença-maternidade. Na década de 1990, o Brasil aderiu à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, expandiu a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e adotou como estratégia de mobilização social a comemoração da Semana Mundial da Amamentação. Nos anos 2000 tivemos a definição do Método Canguru para recém-nascidos de baixo peso e em anos recentes duas iniciativas inovadoras foram lançadas pelo Ministério da Saúde, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para promoção da amamentação e alimentação complementar na atenção básica, e as salas de apoio à amamentação nas empresas¹⁷.

Os esforços empreendidos foram amplamente reconhecidos em publicações internacionais, que citam o Brasil como um exemplo de país que possui um conjunto de ações e estratégias fundamentais para alcançar sucesso na expansão da prática da amamentação^{1, 22}.

Porém, duas questões precisam ser analisadas com cautela. Primeiramente, apesar da tendência ascendente da amamentação no Brasil, os indicadores mostram que estamos aquém das recomendações internacionais. Não alcançamos a meta de pelo menos 50% de amamentação exclusiva em menores de seis meses e a duração da amamentação, apesar dos avanços, é considerada ruim segundo parâmetros da OMS (uma boa situação ocorre quando a duração total da amamentação atinge pelo menos 21 meses)²³. O outro ponto que merece atenção é a possível estagnação (ou até mesmo retrocesso) de indicadores de amamentação no país, evidenciada na PNS/2013.

Esses aspectos apontam a necessidade de fortalecer as ações em prol da amamentação no país, revitalizar iniciativas em andamento, definir novas estratégias de implementação e ampliar o financiamento dessas ações. Caso isso não ocorra, podemos pôr em risco todo o investimento que foi feito até agora, com consequências desastrosas para a saúde das crianças e suas mães. Enfim, o reconhecimento do sucesso de nossa trajetória no aleitamento materno não pode ser um fator de desmobilização, desinvestimento e não priorização dessa agenda no País.

Um importante passo foi a publicação do documento “Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Alei-

tamento Materno”, que busca apoiar a formalização de uma Política Nacional de Aleitamento Materno pactuada entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁴.

É preciso destacar a necessidade de investimentos para garantir a disponibilidade de informações para o monitoramento dos indicadores de amamentação no Brasil. Uma alternativa que mostrava-se viável, adotada pela MS nos anos de 1999 e 2008, era a realização de inquéritos em campanhas de vacinação. Porém, as mudanças que ocorreram nas campanhas de vacinação a partir de 2013 indicam a necessidade de estudos de viabilidade do uso dessa estratégia para o alcance de dados representativos da população infantil. Outra estratégia foi testada pelo Ministério da Saúde em 2014, de realização de inquéritos telefônicos sobre as práticas de alimentação infantil, utilizando-os como base para a amostragem o Sistema de Internações Hospitalares (SIH) no que tange às internações para realização de parto. Porém, essa estratégia mostrou-se inadequada, em função da qualidade da informação sobre o número de telefone, gerando altas taxas de não resposta e a demora entre o preenchimento das autorizações para internação (AIH) e a digitação dos dados no sistema, o que dificulta a obtenção de informações de crianças nos primeiros meses de vida. Essas estratégias têm sido pensadas para viabilizar o monitoramento dos indicadores de aleitamento com periodicidade menor do que aquela alcançada pelos inquéritos domiciliares de abrangência nacional. Esses inquéritos, em especial as PNDS, vinham sendo realizados a cada dez anos (1986, 1996 e 2006), porém não foi realizado em 2016, trazendo grande prejuízo à análise da tendência da amamentação no Brasil.

O monitoramento, tanto da implementação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, quanto dos indicadores populacionais, é de fundamental importância para apoiar a formulação, implementação e avaliação nessa área e constitui-se em uma das engrenagens propostas para uma Política de Aleitamento Materno no Brasil²⁴.

Por fim, faz-se necessário, além de priorizar o monitoramento de indicadores de aleitamento materno no País, estabelecer mecanismos de tradução do conhecimento para que as evidências de pesquisas possam apoiar a tomada de decisão dos gestores e fortaleçam a agenda de promoção, proteção e apoio ao AM no Brasil.

Referências

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
2. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation [internet]. Geneva: World Health Organization; 2001 [acesso em 25 jul 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf
3. WHO. Infant and young child nutrition [internet]. Geneva: World Health Organization; 2001 [acesso em 25 jul 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_itycn_en.pdf?ua=1
4. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices [internet]. Geneva: World Health Organization; 1991 [acesso em 25 jul 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62134/WHO_CDD_SER_91.14.pdf?sequence=1
5. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. 2008 [internet]. Geneva: World Health Organization; [s.d.] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/?sequence=1>
6. UNICEF. Tracking Progress towards Universal Coverage for Reproductive, Newborn and Child Health: the 2017 report [internet]. Washington (DC): United Nations Children's Fund; 2017. [acesso em 25 jul 2019]. Disponível em <http://countdown2030.org/pdf/Countdown-2030-complete-with-profiles.pdf>
7. WHO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Driving commitment for nutrition within the UN Decade of Action on Nutrition: policy brief [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [acesso em 25 jul 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274375/WHO-NMH-NHD-17.11-eng.pdf?ua=1>
8. Global Nutrition Report 2017. Development Initiatives: nourishing the SDGs. [internet]. Bristol; [s.d.] [acesso em 25 jul 2019]. Disponível em: https://www.gainhealth.org/wp-content/uploads/2017/11/GNR-Report_2017.pdf

9. Venancio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol* [internet]. 1998 [acesso em 25 jul 2019];1(1):40. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbe-brid/v1n1/05.pdf>
10. Sigulem DM, Tudisco ES. Aleitamento natural em diferentes classes de renda no município de São Paulo. *Arch Latinoam Nutr*. 1980; 30: 400-16.
11. Leão MM, Coitinho DC, Recine E, Costa LAL, Lacerda AJ, *et al*. O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Fundação IBGE. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil, 1989. Rio de Janeiro: IBGE; 1992.p. 97-110.
12. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar-PNSMIPF-Brasil. [internet]. Rio de Janeiro: Instituto para Desenvolvimento de Recursos; 1986 [acesso em 25 jul 2019]. Disponível em: <https://dhs-program.com/pubs/pdf/FR4/FR4.pdf>
13. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996. Amamentação e situação nutricional das mães e crianças [internet]. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. [acesso em 25 jul 2019]. p. 125-38. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr77/fr77.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [internet]. Brasília (DF); 2009. (Série G. Estatística e Informações em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
15. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr*. 2010;86(4):317-24. [internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/en_a12v86n4.pdf
16. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2017; [51]: 108. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf
17. Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2013 [acesso em

- 25 jul 2019];47(6):1205-1208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01205.pdf>
18. Flores TR, Nunes BP, Neves RG, Wendt AT, Costa CS, Wehrmeister FC, *et al.* Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: pesquisa nacional de saúde. 2013. Cad. Saúde Pública [internet]. 2017 [acesso em 25 jul 2019]; 33(11): e00068816. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n11/1678-4464-csp-33-11-e00068816.pdf>
 19. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet [internet]. 2011] acesso em 26 jul 2019]; 32:46. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf
 20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [internet]. Brasília (DF): 2018 [acesso em 27 jul 2019]. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>
 21. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública [internet]. 2003 [acesso em 26 jul 2019];19(1):37-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a05v19s1.pdf>
 22. Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the “breastfeeding gear” model. Adv Nutr [internet]. 2012 [acesso em 26 jul 2019];3(6):790-800. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648703/pdf/790.pdf>
 23. World Health Organization. infant and young child feeding: A tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs [internet]. Geneva: WHO; 2003 [acesso em 26 jul 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/inf_assess_nnpp_eng.pdf
 24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf

Código Internacional e NBCAL: salvaguardas para um mundo com menos pressão do marketing sobre as famílias de crianças pequenas

Tereza Setsuko Toma^I
Jeanine Maria Salve^{II}
Fabiana Swain Muller^{III}

A amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida e a amamentação complementada por alimentos apropriados até os 2 anos de idade são práticas vantajosas para crianças, mães, famílias e sociedade, desde as perspectivas nutricional, psicossocial e econômica. Contudo, o desmame precoce e a alimentação complementar inadequada são situações comuns em todo o mundo¹.

Há muito se sabe da influência das estratégias publicitárias no declínio da prática de amamentação. Como disse Annelies Alain – uma das fundadoras da IBFAN – *International Baby Food Action Network* (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar) –, em recente entrevista², “... isso tem mais a ver com o enorme poder comercial e político da indústria... as vendas de substitutos do leite materno chegaram a 44,8 bilhões de dólares no ano passado e até 2019 devem subir para 70,6 bilhões de dólares. Empresas com tanto lucro em vendas não desistem facilmente. Elas não vão abandonar as táticas promocionais que trazem participação de mercado, vendas e lucros, mesmo que isso seja a conduta ética a ser adotada”.

I Tereza Setsuko Toma (ttoma.ats@gmail.com) é médica; Doutora em Nutrição em Saúde Pública; Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP e Coordenadora do Núcleo de Evidências, do Instituto de Saúde.
II Jeanine Maria Salve (jeanine.salve@gmail.com) é nutricionista da Vigilância Sanitária do município de Jundiaí/SP; Mestre em Enfermagem, membro da IBFAN Brasil (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar).
III Fabiana Swain Müller (muller_metne@terra.com.br) é enfermeira especialista em obstetrícia; Mestre em Enfermagem; Membro da Diretoria da Rede IBFAN Brasil

A situação seria ainda mais grave sem as legislações protetoras de que se dispõem hoje em vários países, inspiradas no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (Código Internacional)³, aprovado na 34ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde – AMS, em 1981.

O Brasil foi um dos primeiros países a desenvolver uma legislação a partir dessa recomendação da AMS aos países membros, aprovando em 1988 a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes – NCAL⁴.

O conhecimento do contexto dos países quanto à presença da indústria de produtos que competem com a amamentação é de grande relevância para dimensionar os esforços que serão necessários numa política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. O Brasil é visto como um dos países em que a liderança do governo e a participação da sociedade civil são as bases para os avanços alcançados nessa área. Apesar disso, é o décimo maior mercado para venda de fórmulas infantis, com uma expectativa de chegar aos 951 milhões dólares até este ano⁵.

Este capítulo trata da criação e implementação do Código Internacional em diversos países e do impacto do marketing sobre as práticas de alimentação infantil.

O Código Internacional e a IBFAN

O Código Internacional é considerado um requisito mínimo para proteger e promover a alimentação adequada de crianças e bebês³.

A história do Código Internacional e da NBCAL confunde-se com a da IBFAN, sendo um exemplo de como a sociedade civil organizada pode fazer a diferença na garantia dos direitos de uma coletividade.

Em 1979 iniciavam-se as discussões sobre a elaboração de um código de conduta para lidar com as práticas de marketing que minavam o aleitamento materno e contribuíam para a elevada mortalidade infantil por diarreia e desnutrição. É em função da possibilidade de participar dessas discussões que surge a IBFAN, em 12 de outubro de

1979, uma coalizão formada pela *Geneva Infant Feeding Association* (GIFA)^{IV} e seis organizações não governamentais: *War on Want*^V, *Oxford Committee for Famine Relief* (Oxfam)^{VI}, *Infant Formula Action Coalition* (Infact) e *Interfaith Centre for Corporate Responsibility* (ICCR)^{VII}, ambas dos Estados Unidos; *Baby Food Action Group*, da Suíça; e a *International Organization of Consumer Unions* (IOCU)^{VIII} sediada na Malásia. A mobilização desse pequeno grupo conseguiu envolver simpatizantes em mais de 25 países, antes mesmo da aprovação do Código. Embora inexperiente em participar de *lobbies*, o trabalho desse broto da IBFAN foi essencial para se conseguir que o Código fosse aprovado quase por unanimidade, com apenas o voto contrário dos Estados Unidos e três abstenções (Argentina, Japão e Coreia). Atualmente, estima-se que mais de 273 grupos em 168 países participem dessa Rede².

O Código aplica-se ao marketing dos seguintes produtos: substitutos do leite materno, como as fórmulas infantis e de seguimento para lactentes, ou quaisquer produtos que possam ser usados para substituir o leite materno e comercializados especificamente para a alimentação de lactentes e crianças até a idade de 3 anos; e outros alimentos e bebidas indicados ou promovidos para bebês durante os primeiros 6 meses de vida. Assim, incluem-se no escopo também chás, sucos, água, papas, alimentos com base em cereais, bicos, chupetas e mamadeiras⁶.

Marketing pode ser definido como “o processo de gestão por meio do qual bens e serviços evoluem desde a sua concepção até alcançar o cliente, incluindo a coordenação de seus principais elementos conhecidos como os quatro P do marketing, ou seja: 1) *product development* –

IV GIFA é uma associação suíça sem fins lucrativos criada em 1979 como primeiro escritório da IBFAN. Ela atua como escritório de ligação para as organizações internacionais, fornece suporte técnico à Rede e coordena grupos da IBFAN na Europa. <https://www.gifa.org/>

V *War on Want* trabalha em solidariedade com organizações de base em todo o mundo na luta contra a pobreza e a injustiça. <https://waronwant.org/>

VI *Oxfam International*, fundada em Oxford, Inglaterra, em 1942, é uma confederação de 19 organizações, e atua em mais de 90 países na busca de soluções para o problema da pobreza, desigualdade e da injustiça, por meio de campanhas, programas de desenvolvimento e ações emergenciais de combate à fome. <https://www.oxfam.org/en>

VII Hoje, os membros do ICCR são as igrejas e outras organizações religiosas, as universidades, sindicatos, bancos, fundações, empresas, e outros comprometidos com a justiça. <https://www.iccr.org/>

VIII *Consumers International* é uma organização de membros de grupos de consumidores em todo o mundo. Reunimos mais de 200 organizações membros em mais de 100 países para capacitar e defender os direitos dos consumidores. <https://www.consumersinternational.org/>

identificação, seleção e desenvolvimento de um produto, 2) *price* – determinação de seu preço, 3) *placement* – seleção de um canal de distribuição para alcançar o cliente e 4) *promotion* – desenvolvimento e implementação de uma estratégia promocional”⁷.

O impacto do marketing de alimentos comercializados para bebês e crianças pequenas

Em 2015, Smith e colaboradores⁷ realizaram uma revisão sistemática rápida^{IX}, em resposta a duas questões do Comitê Consultivo Técnico Científico da Organização Mundial da Saúde:

1. O que a literatura informa sobre os efeitos do marketing de alimentos complementares comercializados (incluindo bebidas) para lactentes e crianças pequenas, bem como sobre as atitudes e comportamentos alimentares de seus cuidadores?
2. O que as revisões sistemáticas recentes relatam sobre os efeitos do marketing (especialmente sobre os pais) de alimentos comercializados para crianças, produtos farmacêuticos, substitutos do leite materno, álcool, tabaco e produtos relacionados com o tabaco para as mulheres, cujos resultados possam ser úteis para complementar a primeira questão da pesquisa?

Uma busca sistemática de informações foi feita em bancos de dados da indústria e da literatura acadêmica, seguida de processo de seleção segundo os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Para análise dos resultados dos estudos selecionados, os autores⁷ consideraram que a promoção de alimentos complementares industrializados seria inadequada nas seguintes circunstâncias:

1. Se prejudicar as práticas recomendadas para o aleitamento materno, por isso os produtos não devem ser promovidos: a) como adequados antes dos 6 meses; b) para uso com mamadeiras e

IX Revisões rápidas têm sido cada vez mais utilizadas para atender a demandas da gestão em saúde, como um subsídio para uma tomada de decisão fundamentada por evidências científicas. O processo de elaboração de uma revisão rápida segue os princípios do método da revisão sistemática, porém com simplificação das etapas para produzir informação em tempo mais curto⁸.

- chupetas; c) como equivalentes ou superiores ao leite materno; d) para substituir o leite materno; e) usando marcas / rótulos / logotipos que sejam iguais / similares aos usados para substitutos do leite materno. Além disso, f) o tamanho da refeição diária de alimentos complementares não deve exceder a quantidade de energia necessária para crianças amamentadas.
2. Se contribuir para a obesidade infantil e doenças não transmissíveis, de maneira que: a) os produtos devem ser limitados em gorduras saturadas, ácidos graxos trans, açúcares livres e sal; b) o tamanho da porção mostrado ou recomendado deve fornecer uma quantidade de energia apropriada para a refeição ou parte da refeição para a qual foi projetada.
 3. Se não contribuir para a nutrição de bebês e crianças pequenas no país, significando que: a) os produtos devem aderir a todas as normas aplicáveis à segurança e à composição dos nutrientes; b) os produtos devem fornecer outros nutrientes essenciais em vez de calorias; c) a promoção deve incentivar uma dieta com base em uma grande variedade de alimentos, incluindo frutas, vegetais e alimentos de origem animal minimamente processados.
 4. Se prejudicar o uso de alimentos caseiros e / ou locais adequados, esperando que: a) os produtos não sejam comercializados como um substituto completo aos alimentos caseiros e / ou locais; b) a promoção não sugira que os produtos comerciais sejam inerentemente superiores aos alimentos preparados em casa; c) a promoção não implique adiar a introdução dos alimentos caseiros ou locais até que os produtos comerciais sejam consumidos.
 5. Se for enganosa, confusa ou possa resultar em uso inapropriado, considerando que: a) as alegações de saúde não devem ser permitidas, a menos que sejam especificamente aprovadas pelas autoridades nacionais ou internacionais; b) as informações e instruções devem ser claras, corretas e apropriadas para o idioma e grau de alfabetização da população-alvo; c) a promoção não deve implicar que os produtos contenham mais ingredientes do que eles realmente contêm.

Para responder à primeira pergunta sobre os efeitos do marketing de alimentos complementares identificaram-se 22 estudos em bancos de dados das empresas e 75 estudos acadêmicos.

Os estudos dos bancos de dados da indústria foram publicados entre 1983 e 2015 e realizados no Reino Unido, EUA, Vietnã, Filipinas, Malásia, Irlanda, Hong Kong, China e Austrália. Todas essas pesquisas foram financiadas pela indústria e não realizadas como estudos acadêmicos. As populações estudadas abrangiam mulheres grávidas ou mães de crianças menores de 12 meses. Os estudos descrevem a comercialização de alimentos complementares por empresas e marcas líderes na indústria de produtos alimentícios e ilustram as principais características do marketing. Os relatos da indústria sobre explorar as altas motivações das mães e a falta de confiança e conhecimento para promover os produtos são considerados preocupantes. Há evidências de que os gastos com marketing são eficazes para aumentar a participação de mercado e as vendas. Com relação às restrições regulatórias na comercialização de produtos alimentícios destinados a crianças pequenas, os relatos mostram que o marketing da indústria tem se adaptado aos efeitos da regulamentação de marketing que afetam suas vendas⁷.

Os estudos acadêmicos foram realizados nos EUA, Austrália, China, Reino Unido, Laos, Filipinas, México, Vietnã, Camboja, Gana, Itália, Nigéria, Peru, África do Sul, Afeganistão, Burkina Faso, Canadá, Caribe, Hong Kong, Indonésia, Curdistão, Madagáscar, Malásia, Mali, Nepal, Nova Zelândia, Sri Lanka e Uganda. As populações estudadas foram principalmente mães de bebês ou crianças pequenas. Esses estudos contêm diversas evidências de que o marketing de alimentos infantis aumenta o uso desses produtos e afeta negativamente o aleitamento materno exclusivo, a duração da amamentação ou induz à introdução precoce de alimentos sólidos. O marketing de alimentos complementares se fundamenta na compreensão e no atendimento de preocupações das mães sobre as necessidades de nutrição e saúde de seus filhos, ou seja, aproveitando de suas vulnerabilidades. Além disso, os estudos indicam que o marketing desses produtos, como a promoção com apelos aparentemente científicos, pode induzir a erros e confundir cuidadores sobre as qualidades relacionadas à nutrição e à saúde e sobre o uso apropriado e seguro⁷.

Para responder à segunda pergunta sobre os efeitos do marketing de alimentos comercializados para crianças, produtos farmacêuticos, substitutos do leite materno, álcool, tabaco e produtos relacionados com o tabaco para as mulheres foi feita uma consulta a especialistas, que indicaram 16 revisões sistemáticas. Entre elas foram identificadas sete revisões sistemáticas sobre os efeitos persuasivos do marketing com relação a substitutos do leite materno, alimentos e bebidas para crianças⁷. As evidências dessas revisões mostram que: a) as estratégias de marketing mimam a prática da amamentação; b) há uma associação forte entre a promoção de alimentos e as escolhas alimentares das crianças, solicitações e comportamento de compra no que se refere à marca do produto⁹; c) o uso de endosso de celebridades para comercializar alimentos e bebidas para crianças afeta suas escolhas alimentares e o efeito tende a ser mais forte para alimentos não saudáveis¹⁰.

Esses achados de pesquisas reforçam a necessidade de legislações governamentais abrangentes, inspiradas no Código Internacional e nas Resoluções subsequentes da AMS, que funcionem como um escudo de proteção para as famílias ao fazerem escolhas alimentares para suas crianças.

A situação mundial de implementação do Código Internacional

Em 2016, a 69ª Assembleia Mundial da Saúde reafirmou a importância de promover, apoiar e proteger a amamentação exclusiva até 6 meses, incluindo alimentação complementar ótima a partir dessa idade e mantendo o aleitamento materno até 2 anos ou mais. Convencidos de que os estados membros, o setor privado, os sistemas de saúde, a sociedade civil e as organizações internacionais necessitam de uma diretriz para pôr fim à promoção inadequada de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conclamou todos esses setores a continuar implementando e monitorando o Código¹¹.

A implementação do Código por meio da criação de legislações nacionais, conforme recomendação da AMS a seus estados membros, não é uma tarefa simples pela necessidade de compreensão de como

o marketing afeta o aleitamento materno e conhecimento dos diferentes contextos jurídicos dos países. Por isso, por volta de 1985, a IBFAN iniciou um processo de capacitação de funcionários do governo e legisladores².

Historicamente, existem vários movimentos que exemplificam campanhas da sociedade civil em defesa de causas sociais, de saúde, econômicas, políticas, entre outras. Basicamente, essas campanhas envolvem a união de esforços de diferentes setores da sociedade, apoio da mídia, forte boicote, debate parlamentar e reforma da legislação. A defesa dessas causas é tarefa árdua, pois está relacionada com a falta de infraestrutura das organizações da sociedade civil, dificuldade de sensibilizar a população que não está envolvida na causa, escassez de ferramentas de monitoramento e avaliação do cumprimento das leis e políticas públicas e falta de recursos¹².

Apesar de todos os esforços da OMS, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da IBFAN e de outros grupos de defesa da alimentação infantil saudável, o Código tem sido implementado de forma substancial em apenas 67 dos 198 países. Perto de completar 40 anos, o Código Internacional ainda é a base de todos os regulamentos de marketing de alimentos infantis. As estratégias de venda continuam a evoluir, por isso a importância das resoluções subseqüentes da AMS, que foram atualizando a situação regularmente e trouxeram o Código para o século 21. Existem cerca de 18 resoluções subseqüentes e relevantes que têm o mesmo valor legal do Código. Os países, portanto, devem implementar os artigos do Código em conjunto com essas resoluções².

O relatório produzido por OMS, UNICEF e IBFAN, em 2016, sobre a situação de implementação do Código Internacional traz informações quanto à adoção das disposições do Código e os esforços de monitoramento realizados pelos países. A metodologia consistiu em convidar os países a responder um questionário sobre a implementação do Código, solicitar o envio de uma cópia eletrônica das legislações, além de informações obtidas de bancos de dados do UNICEF e da IBFAN/ICDC - *The International Code Documentation Centre*¹³.

Segundo esse relatório, 135 de 194 países têm pelo menos alguma medida legal em vigor que cobre algumas disposições do Código. Desses

135 países, 39 apresentam uma legislação abrangente ou outras medidas legais que se refletem em todas ou na maioria das disposições do Código, 31 países possuem medidas legais que incorporam muitas disposições do Código, e 65 possuem medidas legais que contêm algumas disposições. Além disso, 49 países têm medidas não legais ou não implementadas, e nenhuma informação estava disponível para dez países (Quadro 1)¹³.

Quadro 1. Status Legal do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno nas regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS)

REGIÕES DA OMS							
Categorias de medidas legais	África	Américas	Mediterrâneo Oriental	Europa	Sudeste Asiático	Pacífico Ocidental	Total
Medidas legais com todas as provisões do Código	14	8	6	3	4	4	39
Medidas legais com muitas provisões do Código	11	5	6	4	3	2	31
Medidas legais com poucas provisões do Código	5	8	6	41	-	5	65
Acordos voluntários ou medidas não legais sobre o Código	15	14	3	1	4	12	49
Sem informação	2	-	-	4	-	4	10
Total	47	35	21	53	11	27	194

Fonte: WHO. UNICEF. IBFAN. Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code. Status Report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.

A seguir são apresentadas informações resumidas disponíveis nesse relatório¹³ acerca do alcance das legislações nacionais com relação aos seguintes tópicos do Código Internacional: a) escopo dos produtos abrangidos, b) material informativo e educacional sobre alimentação infantil, c) promoção para o público em geral, d) promoção nos serviços de saúde e para profissionais de saúde, e) rotulagem dos produtos e f) requisitos legais sobre o monitoramento do Código.

a) Escopo dos produtos abrangidos pelo Código

Os substitutos do leite materno estão incluídos no âmbito da legislação de 111 países, com limites de idade superiores entre 4 e 60 meses. Embora a maioria dos países com medidas legais inclua fórmulas infantis e fórmulas de seguimento em seu escopo, apenas pouco mais de um terço deles cobre todos os produtos que são comercializados para crianças acima de um ano de idade¹³.

A OMS declarou que o escopo do Código abrange qualquer produto lácteo comercializado, representado, divulgado, apresentado ou usado como um possível substituto, parcial ou total, do leite materno na dieta do bebê ou da criança pequena. Portanto, há uma fragilidade das medidas em assegurar proteção legal contra o marketing não ético para as crianças entre um e três anos de vida. Apenas 45 países incluem alimentos complementares no escopo de suas medidas jurídicas nacionais. Desses, 34 especificam um limite de idade superior para alimentos complementares, variando de 6 a 60 meses. Produtos como mamadeiras, bicos e ou chupetas estão na abrangência da legislação em 57% dos países. Três países incluem o leite indicado para as mães como um produto abrangido pelo Código¹³.

O Brasil está entre os países cujo escopo de abrangência da legislação é amplo e bem-definido, cobrindo todos os alimentos para crianças de zero a 3 anos, além de mamadeiras, bicos e chupetas¹⁴.

b) Material informativo e educacional sobre alimentação infantil

Conforme o Artigo 4.1 do Código, os países devem assegurar que informações objetivas e seguras sobre a alimentação infantil sejam fornecidas para as famílias e outras pessoas envolvidas na nutrição de bebês e crianças pequenas¹³.

A maioria dos países com medidas legais possui algumas disposições que cumprem esse requisito¹³.

O Artigo 4.2 do Código estabelece que os materiais informativos e educativos, sejam escritos, auditivos ou visuais, que tratam da alimentação de bebês e se destinam a mulheres grávidas e mães de lactentes e crianças pequenas, devem incluir informações claras sobre todos os seguintes pontos: a) benefícios e superioridade da amamentação; b) nutrição materna, preparação e manutenção da amamentação; c) efeito negativo da introdução parcial de mamadeira sobre a amamentação; d) dificuldade de reverter a decisão de não amamentar; e) quando necessário, orientações sobre o uso adequado das fórmulas para lactentes, industrializadas ou preparadas em casa¹³.

Os requisitos legais para a inclusão de qualquer um desses cinco pontos nos materiais informativos e educativos sobre alimentação dos bebês e crianças pequenas estão presentes em 109 países. Entre eles, a exigência de informações claras sobre os benefícios e a superioridade da amamentação constam em 52% dos códigos nacionais, enquanto 45% exigem mensagens sobre a importância da nutrição materna, como preparar e manter a amamentação, assim como os efeitos negativos da mamadeira sobre o aleitamento materno. Menos países exigem informações a respeito do uso adequado das fórmulas para lactentes (36%) e as dificuldades de reverter a decisão de não amamentar (32%). Apenas 27% possuem disposições legais com a exigência de que todas as cinco mensagens sejam incluídas nos materiais informativos e educativos¹³.

O Artigo 4.2 também estabelece que quando tais materiais contiverem informações sobre o uso de fórmulas infantis eles devem descrever 1) as implicações sociais e financeiras de seu uso, 2) os riscos para a saúde do uso de alimentos ou métodos de alimentação inadequados e 3) os riscos para a saúde do uso desnecessário ou inadequado de fórmulas infantis e outros substitutos do leite materno¹⁴.

Cerca de um terço dos 109 países exige a inclusão de informações sobre as implicações sociais e financeiras do uso de fórmulas para lactentes, e pouco mais de 40% exigem informações sobre os riscos para a saúde do uso de alimentos ou métodos de alimentação inadequados e do uso desnecessário ou impróprio de fórmulas infantis e outros substitutos do

leite materno. Além disso, deve-se garantir que os materiais informativos e educativos não utilizem imagens ou textos que possam idealizar o uso de substitutos do leite materno, porém menos da metade dos países restringe essa prática¹³.

A legislação brasileira abrange todos os pontos recomendados pelo Código com relação a esse item, além de proibir a produção e patrocínio desses materiais por indústrias e comercializadores dos produtos incluídos em seu escopo¹⁴.

c) Promoção para o público em geral

O artigo 5.1 do Código estabelece que não deve haver publicidade ou outra forma de promoção ao público em geral de produtos dentro de sua abrangência. Os fabricantes e distribuidores não devem fornecer amostras desses produtos para mulheres grávidas, mães ou seus familiares. Não deve haver publicidade, distribuição de amostras ou qualquer outro dispositivo de promoção no setor comercial (varejo) para induzir vendas diretamente ao cliente, tais como expositores especiais, cupons de desconto, prêmios, vendas casadas, entre outros. Os meios de promoção incluem também a publicidade direta, por diversos meios de comunicação, incluindo a internet, mídias sociais e outros meios eletrônicos¹³.

A proibição da utilização de estratégias para aumentar as vendas é coberta por medidas legais nacionais em 56% dos países. Em 59% dos países proíbe-se a distribuição de amostras e presentes para gestantes e mães, enquanto em apenas 37% há proibição de contato direto de fabricantes e distribuidores com gestantes e mães¹³.

É vedada a promoção comercial de qualquer natureza para fórmulas infantis, mamadeiras, bicos e chupetas pela legislação brasileira. Para os demais alimentos é permitida a promoção comercial, acompanhada de advertências específicas, conforme o tipo de produto¹⁴.

d) Promoção nos serviços de saúde e para os profissionais de saúde

O sistema de saúde tem sido usado como um meio importante para promover produtos abrangidos pelo Código. A Resolução AMS 47.5, adotada em 1994, discutiu a importância de se interromper a prática de doações ou venda subsidiada dos produtos (menos de 80% do preço de varejo) abrangidos pelo Código no sistema de saúde¹³.

Menos de 44% de 112 países respondentes proíbem a doação ou a venda a baixo custo para serviços de saúde. Essas doações continuam prejudicando seriamente os esforços para proporcionar um ambiente favorável para o início da amamentação às mães¹³.

Além disso, o artigo 7.3 do Código estabelece que os incentivos financeiros ou materiais para promover produtos dentro de seu escopo não devem ser oferecidos ou aceitos por profissionais de saúde ou membros de suas famílias. Pouco mais da metade dos 113 países respondentes possuem dispositivos em sua legislação para garantir que isso não ocorra. Embora a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e evidências sólidas sobre as vantagens da amamentação tenham levado a mudanças positivas nas atitudes dos profissionais de saúde em relação à promoção e proteção da amamentação, a influência comercial nas unidades de saúde permanece significativa¹³.

No Brasil, são vedadas as doações ou vendas a preço reduzido de qualquer dos produtos abrangidos pela legislação a serviços de maternidade ou de assistência a crianças. Amostras de fórmulas infantis, fórmulas de seguimento, leites em geral e alimentos complementares podem ser distribuídas por ocasião do lançamento desses produtos, porém apenas para os médicos e nutricionistas. No entanto, é permitido o patrocínio das empresas a entidades de ensino e pesquisa, assim como para associações representativas de médicos e nutricionistas¹⁴.

e) Rotulagem dos produtos

Os rótulos devem fornecer as informações necessárias sobre o uso apropriado do produto e não devem desencorajar a amamentação (artigo 9.1 do Código). O artigo 9.2 do Código relaciona uma série de requisitos específicos para rótulos de fórmulas para lactentes, incluindo: a) as palavras «Aviso Importante» ou seu equivalente; b) declaração sobre a superioridade da amamentação; c) declaração de que o produto deve ser usado apenas sob orientação de um profissional de saúde quanto à necessidade e ao método adequado de uso; d) instruções para a preparação adequada e advertência sobre os riscos para a saúde de uma preparação inadequada¹³.

Embora o Código não exija que os rótulos indiquem a idade para a qual um produto é recomendado, essa informação é crucial para evitar a

confusão de pais e outros cuidadores e para que a recomendação da OMS de amamentação exclusiva por seis meses seja garantida. Essa recomendação está coberta pelo Padrão do Codex Alimentarius sobre Alimentos Processados à Base de Cereais para Bebês e Crianças pequenas, no qual se exige que os rótulos indiquem claramente a partir de qual idade o produto é recomendado para uso e que essa idade não deve ser menor de 6 meses para qualquer produto¹³.

Além disso, a Resolução AMS 58.32, de 2005, incluiu a recomendação de que não sejam permitidas alegações de nutrição e saúde para os substitutos do leite materno, exceto quando especificamente previsto na legislação nacional. Os países também devem assegurar a provisão de informações de que a fórmula infantil em pó pode conter microrganismos patogênicos e deve ser preparada e usada adequadamente. Quando aplicável, essa informação deve ser transmitida por meio de um aviso explícito na embalagem¹³.

A maioria dos países possui disposições legais que proíbem rótulos com imagens de bebês e outras imagens ou textos que possam idealizar o uso de fórmulas infantis. Pouco mais da metade dos países exige a inclusão de uma mensagem clara sobre a superioridade da amamentação e instruções para a preparação adequada, bem como uma advertência sobre os riscos para a saúde da preparação inadequada do produto. Menos da metade dos países exige que o rótulo dos produtos indique a idade recomendada para a introdução. Uma declaração de que o produto deve ser usado apenas sob orientação de um profissional de saúde quanto à necessidade e o método adequado de uso é determinada em apenas 37% dos países, enquanto 9% incluem um aviso de que a fórmula infantil em pó pode conter microrganismos patogênicos e deve ser preparado e usado de forma adequada. Quarenta por cento dos países proíbem o uso de alegações de nutrição e saúde nesses produtos¹³.

Com relação aos rótulos dos produtos incluídos no escopo da legislação brasileira são vedados quaisquer imagens ou textos que possam induzir o consumidor a considerar que tais produtos sejam semelhantes ou superiores ao leite materno e à amamentação. A depender do tipo de produto, os rótulos devem conter mensagens específicas de alerta ao consumidor¹⁴.

Requisitos legais sobre o monitoramento do Código Internacional

A legislação nacional deve determinar claramente a garantia de mecanismos de monitoramento robustos e sustentáveis, mediante processo de realização transparente, independente e livre de influência comercial. Além disso, as agências governamentais responsáveis devem ter poderes para monitorar o cumprimento das medidas legais nacionais, identificar violações ao Código e tomar medidas corretivas quando as violações são identificadas, por meio de sanções administrativas, legais ou outras¹³.

Somente 82 dos 135 países que têm medidas legais relacionadas ao Código possuem determinações sobre o seu monitoramento. Desses, 66 têm dispositivos que facilitam o estabelecimento de um mecanismo formal de monitoramento, mas apenas seis deles possuem regras que exigem todos os critérios de transparência, independência, ausência de influência comercial, financiamento, habilitação para investigar e agir de forma sustentável¹³.

No Brasil, a legislação define que a divulgação, aplicação, vigilância e fiscalização do cumprimento da lei são de competência dos órgãos públicos, sob a orientação do gestor nacional de saúde, e acrescenta que esses esforços devem ser desenvolvidos em conjunto com entidades da sociedade civil¹⁴.

A experiência brasileira na implementação do Código Internacional

Assim como em outros países, no Brasil a proteção legal da amamentação teve seu delineamento a partir da constatação e denúncias de profissionais de saúde sobre o marketing não ético praticado pela indústria de alimentos infantis. Estudos como o de Paulete Goldenberg evidenciaram a expansão do mercado de leites em nosso país e como latas de leite foram distribuídas às mães no momento da alta nas maternidades, acompanhadas de receita para darem continuidade ao uso do produto¹⁵.

Como reflexo do cenário internacional, em 1981 o governo brasileiro lançou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), a partir de estudos que constatavam os baixos índices de alei-

tamento materno em várias cidades¹⁶⁻¹⁸. Desde o início, o programa foi composto por uma série de atividades que buscavam contemplar os diferentes determinantes da prática de amamentar, dentre os quais o marketing de substitutos do leite materno¹⁹.

A primeira versão do código brasileiro, tendo como referência o Código Internacional, foi criado em 1988 como uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde – a Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL)²⁰. Esse documento foi elaborado pelo grupo de trabalho instituído pelo Ministério da Saúde, que vinha trabalhando para promover, incentivar e proteger o direito das mulheres à amamentação e contou com a participação de vários órgãos, entre os quais a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentos (ABIA) e a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN)²⁰.

A aplicabilidade da NCAL foi difícil, tendo em vista que muitos artigos eram passíveis de subjetividade em sua interpretação. Isso somado a novas investidas da indústria e o lançamento de novos produtos que fugiam ao escopo da legislação culminou em uma revisão para aprimorá-la e torná-la mais clara e objetiva^{21,22}. Assim, em 1992 foi publicada a Resolução 31/92, do Conselho Nacional de Saúde, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, que apresentou avanços importantes, especialmente nos artigos que se referem à rotulagem dos produtos²³.

Após um período de monitoramento das práticas realizado pela sociedade civil organizada e de capacitações das equipes de Vigilância Sanitária, no início dos anos 2000 foi possível realizar a segunda revisão da legislação, tendo como resultado a publicação de três documentos: a Portaria do Ministério da Saúde n° 2.051/2001 e as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), RDC n° 221/2002 e RDC n° 222/2002. A composição desses três documentos ficou conhecida como a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL. Esses três documentos propiciaram avanços importantes na legislação se comparada com as edições anteriores, ampliando seu escopo e adotando maior rigor e objetividade em seus artigos²².

O objetivo da NBCAL é contribuir para a adequada nutrição de lactentes e crianças de primeira infância, protegendo o aleitamento materno ex-

clusivo até os 6 meses de idade e continuado por dois anos ou mais por meio da regulamentação da promoção comercial e orientações de uso apropriado dos alimentos infantis, bem como o uso de bicos, chupetas e mamadeiras²⁴.

A Portaria Ministerial nº 2.051/2001 regulamenta as formas de promoção comercial dos produtos que competem com a amamentação quanto aos aspectos relativos à produção de material educativo e técnico-científico sobre alimentação infantil, à atuação dos fabricantes junto aos serviços, profissionais de saúde e suas entidades de classe²⁴.

A RDC nº 221/2002 dispõe sobre a promoção e comercialização de bicos, chupetas, mamadeiras e protetores de mamilo²⁵ e a RDC nº 222/2002 sobre os aspectos relativos à promoção e comercialização dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância²⁶.

Em janeiro de 2006 a NBCAL foi elevada ao *status* da Lei 11.265/06, representando importante avanço, exigindo, porém, necessidade de uma regulamentação para a efetiva aplicação de seus dispositivos, conforme disposto em seu artigo 29¹⁴.

Nesse período, foi constituído um Grupo Técnico de Trabalho coordenado pela Anvisa para construção de uma minuta do decreto de regulamentação da Lei 11.265/06. A Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar participou ativamente desse processo em função da experiência que acumulou com a realização de monitoramentos e capacitações da NBCAL. A publicação desse documento levou longos nove anos, passando por apreciação de diversos ministérios. Em maio de 2015, depois de uma forte pressão da sociedade civil, esse documento foi encaminhado para a Casa Civil e, no dia 3 de novembro, foi assinado o Decreto 8.552 pelo Poder Executivo, na 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional²⁷.

Essas importantes vitórias não representam o fim da batalha, uma vez que com a regulamentação da lei é necessário que os governantes garantam a sua efetiva aplicabilidade, mediante revisão dos instrumentos legais vigentes que compõem a NBCAL, assim como a capacitação de profissionais de saúde e de vigilância sanitária para o correto monitoramento e fiscalização desse decreto.

Recentemente, o presidente da República aprovou o Decreto 9.579, de 22 de novembro de 2018, incluindo a NBCAL entre os atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do

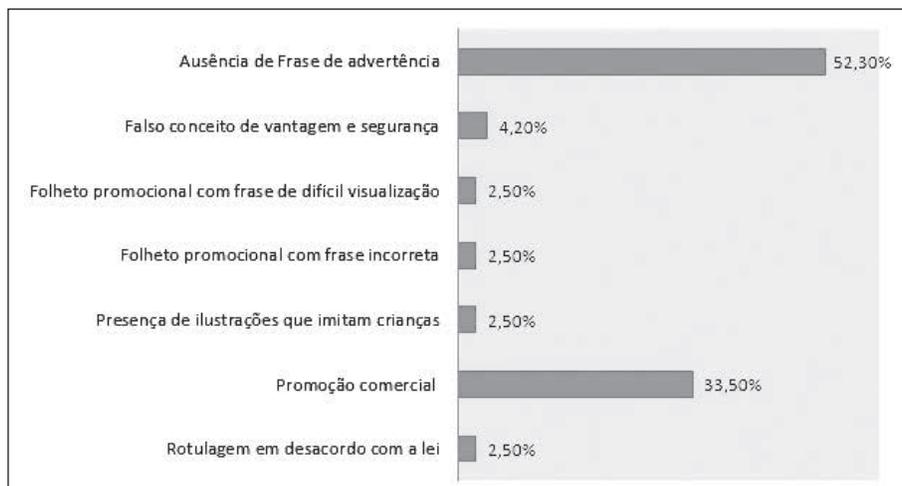
lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências²⁸.

A IBFAN Brasil tem realizado monitoramento anual do cumprimento da NBCAL²⁹ e, a despeito de esses dispositivos legais terem passado por revisões em 1992 e 2001/2002 e o governo ter publicado uma lei federal em 2006, com decreto regulamentador publicado em 2015 e 2018, as violações ao código brasileiro persistem e a legislação protetora da amamentação não tem sido suficiente para restringir as práticas não éticas de fabricação, comercialização e publicidade. Ainda persistem no mercado nacional brasileiro a comercialização e promoção comercial indevida, o desconhecimento do setor regulado acerca da exigência de frases de advertência que devem acompanhar alguns produtos e da proibição da promoção comercial para outros. Permanecem as estratégias de folhetos promocionais, campanhas promocionais e de marketing veiculadas pela rede televisiva e amplificadas pelas mídias sociais, assim como os materiais educativos que são de fácil acesso às mulheres e suas famílias trazendo informações que reforçam a cultura de que esses produtos são necessários e parte do sucesso da alimentação de seus filhos. Materiais técnicos científicos apresentam um forte apelo promocional e estão cada vez mais distantes de informações comprovadamente científicas e livres de conflitos de interesse.

Há alguns anos a IBFAN Brasil, com o apoio do IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, tem procurado mostrar para o público em geral os resultados dos monitoramentos nacionais realizados por seus membros voluntários. Alguns exemplos são apresentados a seguir.

Em 2013, o monitoramento realizado em 12 municípios de cinco estados brasileiros, incluindo também uma análise do conteúdo disponibilizado em páginas na internet, constatou 65 irregularidades correspondentes a 49 empresas, as quais foram notificadas. Das infrações constatadas, mais de 50% correspondiam à ausência da frase de advertência, seguida de promoção comercial (33,5%) por desconto de preço ou por exposição especial. Do total de notificações enviadas, houve resposta apenas de 18 (36,7%) infrações correspondentes a 14 empresas (Figura 1)³⁰.

Figura 1. Respostas das empresas às notificações



Um compilado de resultados de monitoramentos realizados de 2007 a 2014, em 18 estados brasileiros, mostrou piora no volume de infrações relativas à promoção comercial indevida dos produtos cobertos pela NBCAL, a despeito de ter sido aprovada a Lei 11.265. Por isso, o relatório deu ênfase à urgência da regulamentação dessa lei (Figura 2)³¹.

Figura 2. Infrações à legislação pró-amamentação de 2007 a 2014.

Adaptado de IDEC³¹

Infrações	2007 2008	2009 2010	2011	2012	2013
Comércio/promoção e publicidade	66 (46%)	125 (91%)	55 (59%)	77 (78%)	60 (87%)
Promoção em estabelecimentos comerciais	39	20	28	12	38
Material promocional	13	42	12	15	9
Promoção em páginas eletrônicas	14	63	15	50	13
Rotulagem	62 (44%)	5 (4%)	31 (33%)	10 (10%)	7 (10%)
Alimentos	42	5	17	5	3
Bicos, chupetas e mamadeiras	20	0	14	5	4
Educação e informação	15 (10%)	9 (5%)	9 (8%)	18 (12%)	3 (3%)
Material técnico-científico e educativo	15	7	8	13	2
Eventos	0	2	1	5	1
Total	142	139	95	105	70

O relatório do monitoramento realizado em 2017 chamou a atenção para o problema do composto lácteo, um produto resultante da mistura de leite (no mínimo 51%) e outros ingredientes lácteos ou não lácteos e que em geral contém açúcar e aditivos alimentares. Esse produto não é indicado para crianças menores de um ano, no entanto, sua embalagem é muito parecida com as de leite em pó e fórmulas infantis (Figura 3)³².

Figura 3. Embalagens de fórmula infantil, leite em pó e composto lácteo



Conforme a Portaria 2.051/2001, a proteção legal do aleitamento materno e da saúde dos lactentes é uma responsabilidade de vários atores e, considerando as violações captadas e documentadas ao longo das últimas quase quatro décadas, conclamam-se aos órgãos competentes que promovam rigorosa fiscalização sobre os produtos, fabricantes e comerciantes do setor, com vistas a aplicar as penalidades previstas em lei para as empresas que se encontram em desacordo ao código brasileiro²⁴.

A experiência de outros países com a implementação do Código Internacional

O Relatório da OMS, UNICEF e IBFAN (2016)¹³ incluiu os estudos de casos da Armênia, Botsuana, Índia e Vietnã. Algumas pesquisas permitem uma visão adicional sobre o cumprimento das disposições do Código Internacional em outros países e regiões, sendo apresentados a seguir.

Armênia

Em 2014, a Armênia atualizou seus regulamentos do Código ao adotar uma lei sobre Promoção de Aleitamento Materno e Regulação de Marketing

de Alimentos para Bebês. A nova lei abrange todas as disposições do Código e resoluções relevantes da AMS e, em alguns aspectos, vai além delas. Os grupos da sociedade civil, incluindo o *Confidence Health*, afiliado à IBFAN, reconheceram a necessidade de medidas legais mais rigorosas. Em 2003, o projeto foi submetido ao Parlamento, mediante cooperação entre IBFAN, Ministério da Saúde e UNICEF, porém o processo somente foi retomado em 2012, sob a liderança do Comitê de Saúde Materno-Infantil da Assembleia Nacional. A experiência da Armênia aponta para o papel importante que a sociedade civil pode desempenhar quando é acompanhada por uma capacitação adequada, identificação de aliados políticos e grande persistência¹³.

Botsuana

O Plano Estratégico de Ação para Bebês e Crianças Pequenas, do Ministério da Saúde de Botsuana, levou em 2005 à adoção de um conjunto de regulamentos sob a Lei de Controle de Alimentos de 1993. Aprovado com o forte apoio de outros governos e agências como UNICEF e IBFAN/ICDC, o processo completo demorou apenas três anos e ultrapassou o padrão mínimo estabelecido pelo Código, introduzindo muitas disposições inovadoras. Seu escopo abrange todos os alimentos para bebês e crianças pequenas até três anos de idade, incluindo procedimentos robustos de monitoramento, podendo nomear monitores para investigar, observar e registrar informações sobre práticas de marketing em pontos de venda, serviços de saúde, postagens na mídia ou em outros instrumentos de divulgação, a fim de evitar conflitos de interesse. O desempenho de Botsuana na implementação do Código excedeu as expectativas, apesar da necessidade de lidar com o problema da alta prevalência da transmissão do HIV. O país tem um programa para prevenir a transmissão de HIV de mãe para filho que permite que sejam fornecidas fórmulas gratuitas para crianças infectadas pelo vírus, mas a presença de uma lei forte possibilitou a proteção de todas as crianças independentemente da forma como são alimentadas¹³.

China

O Regulamento Chinês do Código Internacional foi adotado em 1995, no entanto, os desafios de promoção, proteção e apoio à amamentação permanecem. Em 2012, um estudo foi conduzido com o objetivo de monitorar a implementação do Código em seis cidades, incluindo amostra

de 291 mães, 35 lojas, 17 hospitais e 26 empresas. A pesquisa revelou que 40,2% das mães receberam gratuitamente amostras de fórmulas e 26,1% receberam presentes de vários tipos, como livros para os pais, brinquedos, fraldas e babadores. Em relação aos hospitais pesquisados, embora 82,4% fossem titulados como Hospital Amigo da Criança, em sete deles as empresas fabricantes de fórmulas infantis forneceram brindes-presentes com logotipo da empresa aos médicos, incluindo canetas, copos, canecas, calendários. Sobre a promoção comercial, 45,7% das 35 lojas pesquisadas promoviam produtos violando o Código. Com relação ao rótulo dos produtos, verificou-se que 69% das fórmulas infantis não cumpriam o Código. Quanto às mães, 39,5% relataram ter sido abordadas por representantes de empresas nos hospitais, por telefone ou no comércio local. O estudo identificou também oito tipos de materiais promocionais de sete empresas em consultórios médicos e em hospitais, além de anúncios de quatro produtos para bebês em revistas médicas e anúncios televisivos de fórmulas infantis em horário nobre³³.

Europa

Um estudo envolvendo vários setores de 30 países membros da União Europeia (UE) obteve respostas de 29 informantes-chave e outros 128 informantes da UE, incluindo países membros e países candidatos. Todos os 29 países haviam votado a favor do Código Internacional e de suas Resoluções subsequentes. Em 1991, a UE adotou muitas disposições do Código para o mercado interno de fórmulas infantis e de seguimento para lactentes. No entanto, essas disposições legais não foram revistas e atualizadas de acordo com as resoluções pertinentes da AMS aprovadas após 1991, e uma série de produtos abrangidos pelo Código não estão incluídos no âmbito de aplicação das legislações nacionais. Nos países em que o acompanhamento do Código é monitorado, esse é principalmente realizado por organizações não governamentais e associações de consumidores. Há uma falta de consciência sobre o Código entre o público em geral, e os profissionais de saúde raramente estão cientes de suas responsabilidades em relação ao assunto. Os fabricantes de substitutos do leite materno têm contato direto com as mães por meio do correio, internet, linhas de ajuda telefônica, entre outras. As empresas interagem regularmente com os profissionais da saúde e suas

associações por meio do patrocínio de eventos, cursos, conferências, pesquisas e publicações. Os países membros são obrigados a adotar as diretrizes da UE como padrão mínimo, mas são livres para fornecer medidas legislativas adicionais de proteção à saúde infantil. Contudo, as disposições legais da UE aplicam-se apenas às fórmulas infantis e de seguimento, deixando de fora produtos como as fórmulas pré-termo e outras fórmulas especiais, mamadeiras e chupetas³⁴.

Estados Unidos

Assim como na década de 1980, os Estados Unidos ainda se encontram entre os países que não realizaram nenhuma ação quanto a adotar as medidas do Código. Segundo Soldavini e Taillie, embora várias ações sejam desenvolvidas no país no sentido de apoiar a prática da amamentação, aprovar uma legislação nacional que impõe regras à promoção comercial certamente enfrentará grandes desafios para ser aceita, especialmente pela pressão da indústria de fórmulas infantis que terá seus lucros ameaçados³⁵.

Hong Kong

Embora o Departamento de Saúde do governo de Hong Kong tenha uma política de amamentação que apoia plenamente o Código, ainda não há uma legislação específica sobre isso. Uma pesquisa contatou nove empresas que comercializam substitutos do leite materno em Hong Kong para determinar sua adesão autodeclarada ao Código. De sete empresas que responderam ao questionário, a maioria referiu promover fórmula infantil e de seguimento e fornecer fórmulas infantis gratuitamente aos hospitais. A fórmula de seguimento e cereais ou papinhas indicadas para crianças pequenas eram promovidos em lojas e para o público em geral e amostras gratuitas eram distribuídas para as mães³⁶.

México

O México possui uma legislação que inclui algumas disposições do Código Internacional. Em seu escopo estão incluídos fórmulas infantis, fórmulas infantis de seguimento para lactentes e produtos lácteos indicados para lactentes até os 12 meses de idade¹³. Em relação às determinações do Código, exige-se a proibição de doações e vendas subsidiadas de fórmulas nos hospitais. Além disso, também reforça o dever ético dos profissio-

nais de saúde e suas entidades de classe em promover a amamentação e não estabelecer qualquer relação com empresas que fabricam substitutos do leite materno. Isso inclui não aceitar financiamento para capacitações, congressos, pesquisas, eventos ou outros tipos apoio³⁷.

Região Mediterrânea Oriental

Uma avaliação conduzida em 22 países membros da Região Mediterrânea Oriental levantou informações sobre o *status* da implementação do Código em cada país. Somente o Afeganistão, Bahrein, Kuwait, Líbano, Paquistão e Iêmen possuem leis que abrangem todas as disposições do Código. Egito, Jordânia, Arábia Saudita e República Árabe da Síria possuem medidas legais que abrangem muitas disposições do Código. Djibuti, República Islâmica do Irã, Iraque, Territórios Palestinos Ocupados, Omã, Sudão e Tunísia possuem legislações que abrangem poucas disposições do Código. Líbia, Marrocos, Catar e Emirados Árabes Unidos estão estudando a instituição de um código nacional e a Somália não possui medidas legais sobre o tema. O limite de idade dos produtos lácteos destinados e comercializados como adequados para a alimentação de crianças pequenas variava consideravelmente entre as legislações nacionais. Somente 13 legislações nacionais proíbem a promoção para o público em geral e profissionais de saúde. Amostras grátis ou suprimentos de baixo custo para serviços de saúde foram declarados na legislação de 15 países, assim como a exigência de que os rótulos dos produtos informem a idade recomendada para sua introdução, necessidade de orientação médica sobre o produto e necessidade de preparação e uso adequados. Apenas dez países tinham disposições legais que facilitam o estabelecimento de um mecanismo formal de monitoramento e fiscalização³⁸.

Sudeste da Ásia

Quatro dos 11 países do Sudeste da Ásia transformaram todas as disposições do Código em leis e regulamentos nacionais¹³. Uma pesquisa revelou que em Camboja, Myanmar e Vietnã as normas nacionais regulam os produtos para crianças até 24 meses, enquanto na Tailândia e Indonésia incluem-se apenas as fórmulas infantis e ou leites ditos substitutos do leite materno destinados à alimentação de crianças até 12 meses. A análise de 387 anúncios (impressos, *online* ou de televisão)

indicou que a televisão foi o principal canal para a veiculação desses produtos no Camboja e no Vietnã e as propagandas impressas foram mais populares nos outros três países. Não foram identificados anúncios de fórmula infantil para crianças com menos de 12 meses de idade, divulgados como ideais para melhorar o crescimento e desenvolvimento, tornando a criança mais alta e inteligente. Os substitutos do leite materno foram mencionados em quase dois terços dos conteúdos editoriais no Vietnã e cerca de um terço no Camboja, Indonésia e Tailândia, publicados em revistas de estilo de vida que têm como público-alvo as mães. Outra estratégia recente utilizada pelas indústrias de substitutos do leite materno é mediar fóruns *online*, nos quais as mães podem compartilhar experiências e pedir conselhos sobre manejo da amamentação e alimentação infantil. Foram avaliadas 217 postagens ou conversas no Facebook. O complemento com fórmulas infantis é frequentemente recomendado quando as mães sentem que não produzem leite materno suficiente, além disso as empresas utilizam-se desses espaços para promover suas marcas e produtos, dar conselhos sobre alimentação, postando fotos de bebês e crianças pequenas ou de representantes comerciais das empresas ou de profissionais de saúde oferecendo amostras grátis de produtos para os pais na maternidade³⁹.

Zâmbia

As não conformidades ao Código Internacional e Instrumento Estatutário 48, de 2006 (Código do país), foram analisadas em Kalingalinga e Chelstone, dois bairros de Lusaka, capital da Zâmbia, que se refletem nos padrões de vida urbana da maioria dos zambianos. Nesse estudo foram entrevistados 80 proprietários de estabelecimentos comerciais, 8 profissionais de saúde e 214 mães, assim como avaliados os rótulos de substitutos do leite materno e 62 propagandas de produtos dentro do escopo do Código. As violações referentes à indústria de alimentos se relacionam com figuras representando a criança nos rótulos de substitutos do leite materno. No setor comercial as infrações se relacionam a cupom de desconto, exposição especial e contato com as mães. Os autores concluíram que as infrações ao Código Internacional aumentaram apesar da adoção da legislação nacional, revelando a importância do monitoramento contínuo e ações dos órgãos regulatórios⁴⁰.

Considerações finais

As evidências científicas indicam a importância de se proteger a prática de amamentação exclusiva até os 6 meses de idade, assim como a continuidade da amamentação até pelo menos os 2 anos de idade, em concomitância com alimentos complementares apropriados.

As pesquisas apontam que estratégias de marketing, empregadas pelos fabricantes de alimentos destinados a bebês e crianças de primeira infância com a finalidade de ampliar suas vendas e lucros, influenciam as decisões das famílias, com tendência à adoção de produtos que são prejudiciais à saúde.

Nesse sentido, o Código Internacional e a NBCAL são instrumentos imprescindíveis para a manutenção de um ambiente em que as famílias possam de fato fazer as melhores escolhas para uma alimentação saudável das crianças desde o início da vida.

De outro lado, há evidências sobre a diversidade de situações entre os países quanto ao grau de adoção dos dispositivos do Código, assim como a deficiência no cumprimento das legislações nacionais.

A IBFAN, que nasce a partir das discussões sobre a necessidade de se criar um código de conduta para as empresas no início da década de 1980, é um exemplo bem-sucedido de participação da sociedade na defesa da amamentação e alimentação complementar saudável.

O Brasil foi um dos primeiros países a implementar os dispositivos do Código, mediante a criação da primeira versão da NBCAL em 1988, que adquiriu *status* de lei em 2006. A experiência brasileira, assim como de alguns países, ilustram a relevância da sociedade civil no enfrentamento de questões que envolvem interesses econômicos.

Referências

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Epidemiol Serv Saude* [internet]. 2016 [acesso em 26 jul 2019]. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>

2. Arendt M, Allain A. Annelies Allain: Pioneer of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. *J Hum Lact.* 2019;35(1):15-20.
3. OMS - Organização Mundial Da Saúde. Resolução n. 34.22 da Assembleia Mundial da Saúde. Genebra: 1981.
4. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 5, de 20 de dezembro de 1988. Normas para comercialização de alimentos para lactentes. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF):* 23 dez. 1988.
5. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [internet]. 2016 [acesso em 26 jul 2019]; 387(10017):491-504. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2901044-2>
6. WHO - World Health Organization. The International Code of Marketing of Breast: Milk Substitutes. Genebra: 1981.
7. Smith JP, Sargent GM, Mehta K, James J, Berry N, Koh C, Salmon L, Blake M. A rapid evidence assessment: Does marketing of commercially available complementary foods affect infant and young child feeding? Report to the World Health Organization, 2015.
8. Bortoli MC, Setti C, Lima FJS, Dalenogare GV. Mecanismos e programas de revisão rápida. In: Toma TS, *et al*, organizadores. Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. p. 105-127.
9. Cairns G, Angus K, Hastings G, Caraher M. Systematic Reviews of the Evidence on the Nature, Extent and Effects of Food Marketing to Children. A Retrospective Summary, *Appetite.* 2013; 62:209-15.
10. Smits T, Vandebosch H, Neyens E, Boyland E. 'The persuasiveness of child-targeted endorsement strategies: a systematic review. *Communication Yearbook 39, EL Cohen, Routledge, 2015: 316-37.*
11. World Health Organization. Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children. Geneva. In: Sixty-ninth World Health Assembly. 28 de maio de 2016.
12. Oliviero MB, Simmons A. Who's minding the store? Global civil society and corporate responsibility. In: Anheier HK, Glasius M, Kaldor M, publishers. *Global civil society.* Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 77-107.

13. World Health Organization. United Children´s Funda, International Baby Food Action Network. Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code. Status Report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
14. Brasil. Lei nº 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, Poder Executivo, Brasília (DF), 4 jan. 2006.
15. Goldenberg P. Repensando a desnutrição como questão social. Campinas: Unicamp; 1988.
16. Bonfim DC *et al.* Investigação sobre aleitamento materno. Bol. Inst. Puer. Pediat. Martagão Gesteira. 1974; 29:15-28.
17. Arruda RV, Godin WC. Estudos do aleitamento materno em Fortaleza. *Pediatr. Prat.* 1970; 41:331-4.
18. Sigulem DM, Tudisco ES. Aleitamento natural em diferentes classes de renda do município de São Paulo. *Arch. Lat. Am. Nutr.* 1980; 30:400-16.
19. Rea MF. Substitutos do leite materno: passado e presente. *Rev Saúde Pública* [internet]. 1990 [acesso em 29 jul 2019]; 24(3):241-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n3/11.pdf>
20. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 5, de 20 de dezembro de 1988. Normas para comercialização de alimentos para lactentes. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF); 23 dez. 1988.
21. Monteiro R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2006; 19(5):354-62.
22. Araújo MFM, Rea MF, Pinheiro KA, Schmitz BAS. Avanços na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para idade infantil. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(3):513-20.
23. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 31, de 8 de outubro de 1992. Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes. Diário Oficial da União, Poder Executivo, 1993.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.051, de 8 de novembro de 2001. Novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimen-

tos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1.

25. _____. Agência Nacional de Vigilância de Sanitária. Resolução RDC nº 221, de 5 de agosto de 2002. Regulamento técnico sobre chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2002. Seção 1.
26. _____. Agência Nacional de Vigilância de Sanitária. Resolução RDC nº 222, de 5 de agosto de 2002. Regulamento técnico para promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 6 ago. 2002. Seção 1.
27. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.552, de 3 de novembro de 2015, que regulamenta a Lei 11.265/06, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos e puericultura correlatos, Brasília (DF); 2015.
28. _____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 9.579, de 22 de novembro de 2018. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm#art126
29. IBFAN Brasil. Monitoramento nacional da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas, Mamadeiras e Protetores de Mamilo (NBCAL), Lei 11.265/06 e Decreto 8.552/15. [Relatório de pesquisa]. São Paulo: Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar, IBFAN Brasil, 2018.
30. IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Conheça a Pesquisa de Monitoramento de 2013 [internet]. São Paulo: Idec; 2013 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <https://idec.org.br/em-acao/em-foco/conheca-a-pesquisa-de-monitoramento-de-2013>

31. IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Amamentação desvalorizada.[internet]. São Paulo: Idec; 2015 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <https://idec.org.br/em-acao/revista/ao-pou-pador-as-migalhas/materia/amamentaco-desvalorizada>
32. IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Gato por lebre [internet]. São Paulo: Idec; 2018 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <https://idec.org.br/materia/gato-por-lebre> 0
33. Liu A, Dai Y, Xie X, Chen L. Implementation of International Code of Marketing Breast-Milk Substitutes in China. *Breastfeeding Medicine*. 2014; 9(9): 467-472.
34. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutrition*. 2004; 8(1):39-46.
35. Soldavini J, Smith Taillie L. Recommendations for Adopting the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes Into U. S. Policy. *Journal of Human Lactation*. 2017;33(3):1-6.
36. Nelson EAS, Chan CW, Yu CM. Breast milk substitutes in Hong Kong. *J. Pediatric. Child Health*. 2004;40:350-52.
37. Cosío-Martínez TG, Hernández-Cordero S, Rivera-Dommarco J, Hernández-Ávila M. Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Publica Mex*. 2017; 59:106-13.
38. Al Jawaldeh, Sayed G. Implementation of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2018;24(1):25-32.
39. Vinjel KH, Phan LTH, Nguyen TT, Henjum S, Ribe LO, Mathisen R, *et al*. Media audit reveals inappropriate promotion of products under the scope of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes in South-East Asia. *Public Health Nutrition*. 2017:1-10.
40. Funduluka P, Bosomprah S, Chilengi R, Mugode RH, Bwembya PA, Mudenda B, *et al*. Marketing of breast-milk substitutes in Zambia: evaluation of compliance to the international regulatory code. *J Public Health (Oxf)*.2017;40(1):1-7. doi:10.1093/pubmed/fox023.

Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: impacto, avanços e desafios

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos¹

Entre as mais extraordinárias contribuições da ciência para a melhoria da qualidade de vida, sobrevivência e saúde dos seres humanos em países de alta, média e baixa renda, nas últimas cinco décadas, uma das mais relevantes tem sido, inquestionavelmente, a produção de novos conhecimentos, evidenciando a importância e as vantagens do aleitamento materno. Muitos dos benefícios para a saúde das crianças e das mulheres estão bem estudados e fundamentados por evidências científicas robustas, conforme apresentado no Capítulo 2. A cada dia são descobertos, à luz de evidências científicas e epidemiológicas, novos benefícios que a prática de amamentar traz em curto e longo prazos, para a saúde e qualidade do processo de viver humano, especialmente de mães, crianças e sociedade em geral, sob os mais diferentes aspectos, entre os quais destacamos os nutricionais, bioquímicos, imunológicos, psicossociais, econômicos e ambientais.¹⁻¹⁰

Reconhecendo a importância e essas inúmeras vantagens, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)¹¹ estabeleceram como recomendação de saúde pública mundial que todas as crianças sejam amamentadas exclusivamente no peito durante os primeiros seis meses de vida, prosseguindo, a partir daí,

1 Evangelia Kotzias Atherino dos Santos (evangelia.ufsc@gmail.com) é Enfermeira; Doutora em Enfermagem na Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Professora Titular do PEN/UFSC. Líder do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e Recém-Nascido GRUPEMUR - PEN/UFSC. Credenciada como Avaliadora da IHAC-OMS/UNICEF/MS desde 1993.

com a amamentação acrescida de alimentos complementares seguros e adequados até 2 anos de idade ou mais.

Várias estratégias foram e continuam sendo adotadas em âmbito mundial no sentido de reverter os alarmantes índices de desmame precoce nas mais diversas regiões do mundo. Entre elas, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é considerada um dos esforços internacionais de maior sucesso, realizada para proteger, promover e apoiar a amamentação no contexto hospitalar. Constitui-se num componente-chave da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância (Estratégia Global)¹¹, e hoje se sabe que as tendências de aleitamento materno sugerem fortemente que a IHAC teve um impacto global e determinante nos resultados do aleitamento materno^{4,12}.

Transcorridas cerca de três décadas do lançamento da IHAC, vários estudos foram e vêm sendo desenvolvidos em âmbito internacional e nacional sob diferentes ângulos e abordagens, trazendo contribuições e avanços importantes para a Iniciativa.

Esse capítulo está subdividido em três partes. A primeira, em que é empreendida uma retrospectiva da IHAC em seus 28 anos de implementação (1990 - 2018), perpassando por diferentes períodos, desde sua concepção até os dias atuais. A segunda, em que são abordadas as evidências científicas sobre a efetividade da IHAC; e a terceira, em que são apresentados estudos sobre algumas experiências da iniciativa no mundo e no Brasil.

Panorama dos 28 anos de implementação da IHAC

Idealizada no início da década de 1990, a IHAC surgiu como resultado de vários eventos de saúde e de políticas públicas em anos anteriores. Após a aprovação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (Código Internacional), em 1981, houve o reconhecimento por parte de estudiosos, formuladores de políticas públicas e agentes internacionais de que as mulheres e também os profissionais de saúde, após 50 anos de marketing ostensivo das indústrias que comercializavam produtos substitutos de leite materno, não apresentavam as habilidades e competências requeridas para promover o aleitamento materno bem-sucedido¹³.

Neste período já havia uma grande preocupação acerca da mortalidade infantil no mundo e o Unicef deflagrou uma campanha essencialmente dirigida para reduzi-la, publicando o GOBI – *Growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding and immunization* (Monitoramento do crescimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização)¹³.

Posteriormente, reconhecendo a importância do aleitamento materno como estratégia para reverter os índices alarmantes de morbimortalidade infantil e combater o marketing abusivo praticado pelas indústrias, a OMS e o Unicef desenvolveram os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Dez Passos). Essa versão, ainda que preliminar, foi desenvolvida de forma bastante colaborativa e ampla, a fim de prover aos profissionais de saúde de maternidades diretrizes simplificadas no que diz respeito aos elementos essenciais do apoio ao aleitamento materno¹³.

Naquela mesma década, equipes técnicas do Unicef, da OMS, da *United States Agency for International Development* (USAID) e da *Swedish International Development Cooperation Agency* (SIDA) promoveram reuniões para discutir estratégias de resgate da prática do aleitamento materno. Após várias reuniões e conferências direcionadas aos profissionais de saúde²³ e uma consulta técnica à OMS¹¹, foi realizada uma reunião no *Spedale degli Innocenti*, que na origem era um orfanato, em Florença, Itália, cujo produto final ficou conhecido como a “Declaração de Innocenti”. Essa Declaração requeria a implementação do Código Internacional e dos Dez Passos, além da proteção à maternidade e outras leis e regulamentos inovadores¹⁶.

Os referidos passos constituem originalmente a base da IHAC e resumem as práticas necessárias para os serviços que prestam cuidados à mãe e ao recém-nascido nas maternidades em todo o mundo, para melhor apoiar, promover e proteger a amamentação. Essa iniciativa foi criada com o objetivo de mobilizar os profissionais e gestores dos estabelecimentos de saúde para mudarem condutas e rotinas até então adotadas, que retardavam, obstaculizavam e ou impediam a prática do aleitamento materno, contribuindo sobremaneira para os elevados índices de desmame precoce¹⁶.

As diretrizes norteadoras iniciais e as principais ações propostas aos serviços materno-infantis para a adoção dos Dez Passos foram publi-

cadadas em 1989 no documento intitulado “Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno – O papel especial dos serviços materno-infantis: uma declaração conjunta OMS/Unicef”¹⁷. Traduzida em mais de 25 idiomas, essa Declaração tornou-se a peça central para a IHAC. Desde 1991, as maternidades e hospitais que adotam os Dez Passos têm sido designados “Amigos da Criança” para chamar a atenção do público para o seu apoio a práticas saudáveis de alimentação infantil^{17,18}.

Em 20 de novembro de 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança – carta magna para as crianças de todo o mundo – e, no ano seguinte, o documento foi oficializado como lei internacional, garantindo à criança vários direitos legais, incluindo na Parte I, em seu artigo 24: *“assegurar que todos os setores da sociedade, e em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação, da higiene e do saneamento ambiental [...]”*. A Convenção foi ratificada por 196 países, consagrando assim a saúde e os cuidados de saúde e reconhecendo as vantagens da amamentação e alimentação infantil saudável como um direito legal inalienável da criança e a promoção da amamentação como uma obrigação legal dos países que a ratificaram. Também convocou os estados membros a adotarem medidas adequadas para crianças de pais que trabalham e para proteger o público de informações que induzam as mães a desistirem da amamentação¹⁹.

A Declaração de Innocenti foi adotada pela 45ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS) – WHA, Resolução 45.34, de 1992²⁰ – em que todos os estados membros, incluindo representantes de organizações governamentais e não governamentais, defensores da amamentação de países de todo o mundo, inclusive do Brasil, foram convocados a incentivar e apoiar todas as unidades de saúde públicas e privadas que prestam serviços de maternidade para que eles se tornassem “Amigos da Criança”. Posteriormente, outros documentos mundiais sobre políticas de saúde foram e vêm sendo publicados enfatizando a importância da adoção dos Dez Passos. Entre os mais relevantes destacamos, por ordem cronológica: as resoluções da AMS de 1994²¹, e 1996²², que exigiam medidas específicas relacionadas à IHAC.

A necessidade de compartilhar resultados, experiências, fortalezas, dificuldades, barreiras, desafios e estratégias de organização culminou com a formação de uma rede de coordenadores/gestores nacionais desde 1997. Essa rede realizou reuniões em Genebra (1997), Londres (2001), Barcelona (2004), Berlim (2006), Genebra (2008) e Florença (2010). Essa última teve a participação de delegados de 36 países, que abrangem cerca de 15 mil maternidades²³.

Em 2002, a IHAC foi inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, com o intuito de chamar a atenção mundial acerca do impacto que as práticas alimentares têm sobre o estado nutricional, o crescimento e desenvolvimento, a saúde e a própria sobrevivência das crianças. Com essa estratégia ratificou-se o compromisso de continuar o apoio à amamentação exclusiva, do nascimento aos 6 meses de vida, e à continuidade da amamentação por dois anos ou mais, com introdução de alimentação complementar adequada e no momento oportuno. Ao mesmo tempo, reafirmou-se o compromisso de continuar desenvolvendo ações de implementação da IHAC, do Código Internacional e da Declaração de Innocenti¹¹.

A Estratégia Global e as estratégias associadas ao “Quadro de Planejamento para a sua Implementação” reafirmam a importância dos objetivos da Declaração Innocenti, ao mesmo tempo em que intensificam, por meio de nove áreas operacionais, os esforços a serem empreendidos pelo estímulo à alimentação complementar adequada, segura e em momento oportuno, com a continuidade da amamentação, nutrição materna, e à ação comunitária¹¹.

Em 2005, por ocasião das comemorações do 15º aniversário da Declaração Innocenti, os formuladores de políticas, agentes internacionais, consultores em aleitamento materno, e demais parceiros da IHAC fizeram um veemente apelo à ação, dando ênfase não somente à necessidade de revitalizar essa iniciativa, mas também de expandi-la para todas as instituições²⁴.

Como resultado do interesse e de forte reivindicação para a atualização da proposta originária da IHAC, Unicef e OMS realizaram a revisão dos materiais em 2004-2005, com a participação de vários países e de especialistas em aleitamento materno em âmbito mundial. O processo in-

cluiu uma pesquisa global entre todos os estados membros da OMS, com profissionais de diversos países. Depois que o curso e as ferramentas revisadas foram redigidos, ainda foram revisados por especialistas de todo o mundo e, posteriormente, testados em campo em países industrializados e em desenvolvimento.²⁴

O primeiro conjunto completo dos materiais foi publicado em 2006 nos *websites* do Unicef e da OMS como a “Versão Preliminar para Implementação do País”. Após mais de um ano de testes, apresentações em uma série de seminários regionais realizados em vários países e *feedback* de usuários, Unicef e OMS lançaram a versão final em 2007, com a expectativa de que fosse feita nova avaliação em 2018²⁴.

Desse modo, a proposta inicial da IHAC foi **atualizada, revista e ampliada** para o cuidado integrado em 2006, sendo relançada em 2009, com inclusão de novos critérios globais, a partir de duas reuniões realizadas, sendo uma na Espanha (para a região da Europa) e outra em Botswana (para o leste e o sul da Região Africana). Ambas as reuniões ofereceram recomendações para atualizar os Critérios Globais e os seus respectivos instrumentos de avaliação, bem como o “Curso de 18 horas”, à luz da experiência da IHAC, da orientação fornecida pela Estratégia Global e dos desafios impostos pelo advento da pandemia do HIV. A importância de incluir a atenção ao “Cuidado Amigo da Mãe” no âmbito da iniciativa também foi reinvidicada nas discussões por alguns grupos²⁵.

O conjunto dos materiais na sua versão final incluiu a publicação de cinco módulos, os quais estão disponíveis para distribuição geral, exceto o Módulo 5, que é distribuído apenas para as autoridades nacionais responsáveis pela implementação da IHAC no país para que disponibilizem aos avaliadores credenciados que irão realizar as Avaliações Externas e reavaliações. Os materiais contemplam o **Módulo 1: Histórico e Implementação**²⁷, que oferece orientações sobre os processos revisados e opções de expansão no país, unidade de saúde e comunidade, reconhecendo que a iniciativa foi expandida e deve ser elevada a uma condição de sustentabilidade; o **Módulo 2: Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: um curso para gestores**,²⁸ adaptada do curso da OMS “Promovendo a amamentação em unidades de saúde, um curso breve para administradores e formuladores de polí-

ticas”; o **Módulo 3: Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança, um curso de 20 horas para equipes de maternidade**²⁸, que pode ser aplicado para fortalecer o conhecimento e a capacitação dessas equipes no sentido de uma boa implementação dos Dez Passos; o **Módulo 4: Autoavaliação e Monitoramento do Hospital**²⁹ contendo instrumentos que podem ser inicialmente usados por gerentes e equipes para ajudar a determinar se as unidades estão prontas para se submeter à avaliação externa e, assim que credenciadas como Amigas da Criança, monitorar a adequação aos Dez Passos; e por último o **Módulo 5: Avaliação e Reavaliação Externa**³⁰, que oferece orientações e instrumentos para avaliadores externos, que são utilizados para avaliar e reavaliar se os hospitais atendem aos Critérios Globais, ou seja, se cumprem integralmente os Dez Passos.

Assim, a proposta amplamente discutida foi revista, ampliada e atualizada e incorporou novas evidências científicas para alguns dos passos e sua interpretação, incluiu as mulheres vivenciando a situação de HIV, diretrizes para o “Cuidado Amigo da Mãe” e práticas descritas como amigas da amamentação em outras instituições e comunidades. Critérios para dar suporte para “mães que não amamentam” foram também incluídos, com vistas a assegurar que todas as mães, independentemente do método de alimentação adotado, consigam o adequado apoio de alimentação para suas crianças. A proposta, revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado, incluiu a necessidade de atualização do conteúdo da capacitação, ampliando o número de horas de 18 para 20 horas²⁵.

Em 2014, a 2ª Conferência Internacional sobre Nutrição – Quadro de Ação (INC2 em inglês), realizada pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e OMS, em Roma, Itália, com a participação de 170 países, entre os quais o Brasil, recomendou os países a “Implementar políticas, programas e ações para assegurar que serviços de saúde promovam, protejam e apoiem a amamentação, incluindo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança”^{31,32}.

A 68ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 2015, com a participação de 194 países, incluiu um indicador sobre a cobertura de Hospitais Amigos da Criança no *Global Nutrition Monitoring Framework*.

Os estados membros acordaram um conjunto de indicadores para monitorar o progresso das metas globais de nutrição estabelecidas em 2012, quando a Assembleia Mundial da Saúde endossou um plano abrangente de implementação da nutrição materna e infantil. O plano listou seis alvos globais a serem alcançados até 2025, priorizando a baixa estatura (baixa estatura para idade), perda de peso (baixo peso para altura), sobrepeso, baixo peso ao nascer, anemia e amamentação. A decisão convocou os estados membros a começar a apresentar relatórios sobre a maioria dos indicadores, a partir de 2016, e outros a partir de 2018³³.

Em 2015, a OMS e o Unicef deram início a um novo processo para reavaliar e revitalizar a IHAC. Para tanto, adotaram diferentes estratégias de avaliação, incluindo estudos de caso, entrevistas com informantes-chave, pesquisa de política global e revisões de literatura, para melhor compreender a situação e o impacto da iniciativa. Revisões sistemáticas de literatura e metanálises foram encomendadas para observar criteriosamente as evidências científicas para cada um dos Dez Passos. A OMS convocou também um grupo de desenvolvimento para redigir a diretriz “Protegendo, promovendo e apoiando a amamentação em instituições que prestam serviços de maternidade e aos recém-nascidos”, bem como um grupo externo de revisão para atualizar as orientações sobre a implementação da IHAC. Os principais conceitos e linhas gerais da orientação de implementação atualizados foram amplamente discutidos no Congresso da IHAC, em outubro de 2016, reunindo aproximadamente 300 participantes de 130 países. O documento de orientação intitulado *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*³⁴ foi divulgado por meio de ampla consulta em 2017, e contribuições e sugestões foram incorporadas nas revisões finais do documento.

Outra importante publicação é um Relatório OMS/Unicef, que apresenta uma análise abrangente da situação atual da IHAC no mundo. Fundamentado na 2ª Revisão da Política Global de Nutrição, instituída pela OMS em 2016-2017, o relatório apresenta a implementação da Iniciativa 25 anos após o seu lançamento. Descreve sua cobertura, o atual

processo de designação, os motivos para a perda da certificação em instituições que deixaram de cumprir os Dez Passos, a integração dos Dez Passos em outras normas e políticas e, em geral, as lições aprendidas. O relatório destaca que cerca de 90% dos países da África, Europa e Sudeste Asiático implementaram a IHAC, em comparação com 80% dos países das Américas, do Mediterrâneo Oriental e das Regiões do Oeste do Pacífico. O maior número de países adotou a IHAC no início dos anos 1990, logo após o seu lançamento mundial. Chama a atenção também para o fato de que, enquanto a adoção da IHAC claramente diminuiu com o tempo, em oito países a IHAC somente começou a ser implementada em 2010, sendo três deles no leste do Mediterrâneo. Além disso, o relatório fornece informações qualitativas acerca de alguns dos desafios que os países enfrentaram na implementação da IHAC³⁶.

Finalmente, é importante destacar a publicação das **Diretrizes para implementação: proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em instituições que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos – a Iniciativa Hospital Amigo da Criança revisada** (*Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*)¹⁸, no início de 2018, que contém a última versão da orientação para a implementação da IHAC em instituições que prestam serviços a mães e recém-nascidos, bem como orientação para gestão da IHAC em âmbito nacional ou estadual/municipal, quando aplicável. A versão final desse documento delineou muitas das prioridades para atividades futuras.

As novas diretrizes fornecem recomendações globais, com base em evidências, sobre a proteção, promoção e apoio à amamentação em estabelecimentos que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos. Em linhas gerais, a essência do tópico de cada passo permanece inalterada, mas a redação de cada um foi atualizada em consonância com as diretrizes baseadas em evidências e com a política global de saúde pública, conforme pode ser observado no Quadro 1. Nesse quadro são apresentados os passos originais, publicados em 1989¹⁷, as recomendações sugeridas em 2017^{34,36} e os passos atuais, publicados na revisão de 2018¹⁸.

Quadro 1. Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno: comparação entre a nova diretriz da OMS (2017)^{18,35} com os Dez Passos originais¹⁷

Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (revisado) ¹⁸	Recomendações relacionadas aos passos revisados ³⁵	Dez passos para proteger, promover e apoiar a amamentação: o papel especial de serviços de maternidade (original) ¹⁷
Práticas clínicas-chave		
<p>1a. Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno: cumprir plenamente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde.</p>	<p>não se aplica</p>	<p>não se aplica (incorporado nas orientações de autoavaliação e monitoramento do hospital e avaliação externa)</p>
<p>1b. Política de alimentação infantil: ter uma política de alimentação infantil por escrito, que seja rotineiramente comunicada à equipe e aos pais</p>	<p>Recomendação 12: as instituições que prestam serviços de maternidade e aos recém-nascidos devem ter uma política de amamentação claramente escrita, que seja rotineiramente comunicada à equipe e aos pais</p>	<p>Passo 1: ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço</p>
<p>1c. Sistemas de monitoramento e gerenciamento de dados: estabelecer sistemas contínuos de monitoramento e gerenciamento de dados</p>	<p>não se aplica</p>	<p>não se aplica</p>
<p>2. Competência da equipe: garantir que a equipe tenha conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação.</p>	<p>Recomendação 13: a equipe de saúde que fornece serviços de alimentação infantil, incluindo apoio à amamentação, deve ter conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar as mulheres a amamentar</p>	<p>Passo 2: treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma</p>

Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (revisado) ¹⁸	Recomendações relacionadas aos passos revisados ³⁵	Dez passos para proteger, promover e apoiar a amamentação: o papel especial de serviços de maternidade (original) ¹⁷
Procedimentos críticos de gestão		
<p>3. Informação pré-natal: discutir a importância e o manejo da amamentação com as mulheres grávidas e suas famílias</p>	<p>Recomendação 14: onde as instituições prestam cuidados pré-natais, as mulheres grávidas e suas famílias devem ser aconselhadas sobre os benefícios e o manejo da amamentação</p>	<p>Passo 3: informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação</p>
<p>4. Cuidados pós-natais imediatos: facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães para iniciar a amamentação o mais rápido possível após o nascimento</p>	<p>Recomendação 1: o contato pele a pele precoce e ininterrupto entre mães e bebês deve ser facilitado e incentivado o mais rápido possível após o nascimento</p> <p>Recomendação 2: todas as mães devem ser apoiadas para iniciar a amamentação assim que possível após o nascimento, dentro da primeira hora após o parto</p>	<p>Passo 4: ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto</p>
<p>5. Apoio à amamentação: apoiar as mães para iniciar e manter a amamentação e manejar as dificuldades comuns</p>	<p>Recomendação 3: as mães devem receber apoio prático para iniciar e manter o aleitamento materno e manejar as dificuldades comuns de amamentação</p> <p>Recomendação 4: as mães devem ser orientadas sobre como tirar o leite materno como meio de manter a lactação no caso de serem separadas temporariamente de seus bebês</p>	<p>Passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos</p>
<p>6. Suplementação: não fornecer alimentos ou líquidos, a não ser o leite materno, a recém-nascidos amamentados, a menos que haja indicação clínica</p>	<p>Recomendação 7: as mães devem ser desencorajadas a fornecer alimentos ou líquidos que não sejam o leite materno, a menos que indicado clinicamente</p>	<p>Passo 6: não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica</p>

Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (revisado) ¹⁸	Recomendações relacionadas aos passos revisados ³⁵	Dez passos para proteger, promover e apoiar a amamentação: o papel especial de serviços de maternidade (original) ¹⁷
Procedimentos críticos de gestão		
<p>7. Alojamento conjunto: permitir que as mães e seus filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto durante o dia e a noite</p>	<p>Recomendação 5: as instalações que prestam serviços de maternidade e aos recém-nascidos devem permitir que mães e filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto durante o dia e a noite. Isso pode não se aplicar nas circunstâncias em que os bebês precisam ser transferidos para atendimento médico especializado</p>	<p>Passo 7: praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia</p>
<p>8. Livre demanda: apoiar as mães a reconhecer e responder às demandas dos seus filhos para a alimentação</p>	<p>Recomendação 6: as mães devem receber apoio para praticar a livre demanda como parte do cuidado</p> <p>Recomendação 8: as mães devem receber apoio para reconhecer os sinais de necessidade de alimentação, proximidade e conforto de seus bebês, e podem responder de acordo com essas dicas com uma variedade de opções, durante sua permanência na maternidade e em atendimentos a recém-nascidos</p>	<p>Passo 8: encorajar a amamentação sob livre demanda</p>
<p>9. Mamadeiras, bicos e chupetas: aconselhar as mães sobre os riscos do uso de mamadeiras, bicos e chupetas</p>	<p>Recomendação 9: para bebês prematuros que não conseguem ser amamentados diretamente, a sucção não nutritiva e a estimulação oral podem ser benéficas até que a amamentação seja estabelecida</p> <p>Recomendação 10: se o leite materno retirado ou outros alimentos forem medicamente indicados para bebês nascidos a termo, métodos de alimentação como xícaras, colheres ou mamadeiras e bicos podem ser usados durante a permanência na unidade</p> <p>Recomendação 11: se o leite materno retirado ou outros alimentos forem medicamente indicados para bebês prematuros, os métodos de alimentação, como xícaras ou colheres, são preferíveis a mamadeiras e bicos</p>	<p>Passo 9: não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas</p>

Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (revisado) ¹⁸	Recomendações relacionadas aos passos revisados ³⁵	Dez passos para proteger, promover e apoiar a amamentação: o papel especial de serviços de maternidade (original) ¹⁷
Procedimentos críticos de gestão		
10. Cuidados para a alta hospitalar: coordenar a alta hospitalar de forma que pais e filhos tenham acesso oportuno a apoio e cuidados contínuos	Recomendação 15: como forma de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, a alta hospitalar deve ser planejada e coordenada, para que os pais e seus filhos tenham acesso a apoio contínuo e cuidados adequados	Passo 10: encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar

Embora a orientação da IHAC de 2009 tenha sugerido incluir o Critério Global “Cuidado Amigo da Mulher,”²⁶ as novas diretrizes da IHAC¹⁸ não incluem explicitamente orientação sobre esses aspectos. O resumo das orientações gerais e globais para implementação da IHAC em todos os países é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Resumo das orientações gerais e globais atualizadas em 2018 para a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança

1. O cuidado apropriado para proteger, promover e apoiar a amamentação é responsabilidade de todas as instituições que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos. Isso inclui instituições tanto privadas quanto públicas e de grande e pequeno porte.
2. Os países precisam estabelecer padrões nacionais para a proteção, promoção e apoio à amamentação em todas as instituições que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos, com base nos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e nos Critérios Globais.
3. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança deve ser integrada com outras iniciativas para a saúde materna e saúde neonatal, melhoria dos cuidados de saúde, reforço dos sistemas de saúde e garantia de qualidade.
4. Para garantir que os profissionais de saúde tenham as competências necessárias para implementar a IHAC, esse tópico passa a ser integrado nos currículos de formação em serviço. Além disso, a capacitação em serviço precisa ser fornecida quando as competências ainda não são adequadas.
5. O reconhecimento público das instituições que implementam os Dez Passos e cumprem os Critérios Globais é uma forma de incentivar a melhoria da qualidade. Outros incentivos existem, variando de conformidade com critérios das instituições nacionais ao financiamento com base em desempenho.
6. O monitoramento interno regular é um elemento crucial para a melhoria e a garantia de qualidade.
7. A avaliação externa é uma ferramenta importante para legitimar a qualidade dos serviços de maternidade a recém-nascidos e deve ser suficientemente simplificada nos mecanismos existentes e implementada de forma sustentável.

Fonte: WHO & UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. Page 16.18 Tradução nossa.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança revisada

Nas Diretrizes para implementação: proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em instituições que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos – a Iniciativa Hospital Amigo da Criança revisada, em linhas gerais, alguns dos passos foram simplificados em sua operacionalização, para garantir sua viabilidade e aplicabilidade em todas as instituições, e que mães e bebês tenham acesso equitativo à melhor qualidade de atendimento. Os passos 1 e 2 são categorizados como **procedimentos críticos de gestão** e os demais passos como de **práticas clínicas-chave**. A seguir, apresenta-se uma breve explanação sobre cada passo.

Passo 1. As instituições que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos precisam adotar e manter procedimentos para assegurar a universalidade e continuidade da aplicação das principais práticas clínicas para que os cuidados sejam prestados de forma consistente e ética, incluindo (i) a aplicação do Código Internacional e as resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde, (ii) o desenvolvimento de políticas escritas de alimentação infantil e (iii) a implementação de monitoramento e sistemas de gerenciamento de dados.

Passo 2. Trata da necessidade de garantir que a equipe tenha conhecimento, competência e habilidades suficientes para promover, proteger e apoiar a amamentação.

Passo 3. Mantém a redação anterior quanto a discutir a importância e o manejo da amamentação com as gestantes e suas famílias.

Passo 4. Enfatiza a importância de facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães para iniciar a amamentação o mais rápido possível após o nascimento. A ênfase, portanto, é dada à importância do contato pele a pele, e altera o tempo de amamentação na primeira meia hora para o mais rápido possível.

Passo 5. Concentra-se mais nas questões de apoio prático para amamentar (posição, pega), assegurando que a mãe esteja preparada para lidar com dificuldades relacionadas à amamentação.

Passos 6. A redação foi mantida com relação a não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida sem indicação clínica precisa.

Passo 7. A redação foi mantida com relação ao alojamento conjunto.

Passo 8. Ganhou nova redação, sendo alterado para “Apoiar as mães a reconhecer e responder às demandas dos seus filhos para a alimentação”.

Passo 9. Flexibilizou o uso da chupeta e mamadeira nos primeiros meses da vida, alterando para “Aconselhar as mães sobre os riscos do uso de mamadeiras, bicos e chupetas”.

Passo 10. Também foi modificado, focalizando mais nas responsabilidades da instituição onde ocorreu o nascimento, para planejar a alta e fazer encaminhamentos, bem como coordenar e trabalhar para aumentar o apoio para a amamentação junto à comunidade”¹⁸.

Essas novas orientações trazem implicações para a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e exigem que os países revisem atividades e ferramentas para sua situação local sem, contudo, comprometer os critérios globais.³⁶

Evidências científicas sobre efetividade da IHAC

Estudos comprovando a efetividade da IHAC e dos Dez Passos vêm sendo desenvolvidos desde os primeiros anos do seu lançamento. Assim, ao completar 28 anos de existência acumulam-se evidências substanciais de que a implementação dos Dez Passos tem um impacto positivo sobre os resultados da amamentação, melhorando significativamente suas taxas e duração, com uma relação dose-resposta entre o número intervenções a que as mães estão expostas e melhores resultados³⁷⁻⁴¹.

A primeira revisão de literatura, realizada com o objetivo de identificar as evidências científicas disponíveis acerca da efetividade dos Dez Passos e o efeito de sua implementação nos estabelecimentos de saúde, foi empreendida pela OMS e Unicef em 1998, intitulada “Evidências Científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.⁴¹

Nos primeiros anos de implementação da IHAC, havia um número restrito de estudos mostrando o seu impacto em âmbito populacional. Um dos pioneiros foi realizado na Suíça, em 2003, após dez anos de sua implementação em todo o país. Os autores identificaram que a duração do aleitamento materno exclusivo foi significativamente maior quando o nascimento do bebê ocorria em Hospital Amigo da Criança com alta aderência aos Dez Passos.³⁸

Um estudo de grande relevância foi o PROBIT (*Promotion of Breast-feeding Intervention Trial*),³⁸ publicado em 2003, um ensaio randomizado envolvendo 31 maternidades e policlínicas na República da Bielorrússia. O número de participantes totalizou 17.046 pares de mães e lactentes, dos quais 16.491 (96,7%) completaram os 12 meses de acompanhamento previstos. Os serviços de saúde foram aleatoriamente designados para receber uma intervenção experimental (n = 16) com base na IHAC ou participar do grupo controle (n = 15). Os resultados evidenciaram que a intervenção teve um impacto positivo na amamentação exclusiva e em qualquer duração da amamentação, e uma redução significativa no risco de uma ou mais infecções do trato gastrointestinal e incidência de eczema atópico com um ano de idade³⁹.

Desde então, inúmeros estudos foram e continuam sendo desenvolvidos. Tais estudos têm sido analisados mais recentemente por meio de revisões sistemáticas e metanálises. Alguns desses estudos abordam a efetividade de cada passo individualmente, e outros analisam o impacto e a efetividade da IHAC de forma global e abrangente à luz de novas evidências.

Entre os estudos que trazem importantes contribuições acerca do impacto e efetividade da implementação da IHAC destaca-se a revisão sistemática de Pérez-Escamilla e colaboradores.³⁷ Os 58 estudos incluídos nessa revisão foram realizados em 19 países diferentes localizados na América do Sul, América do Norte, Europa Ocidental, Europa Oriental, Sul da Ásia, Eurásia e África Subsaariana. De modo geral, os estudos evidenciam que a adesão aos Dez Passos tem um impacto positivo sobre os desfechos de aleitamento materno em curto, médio e longo prazos. Os resultados mostram uma relação dose-resposta entre o número de passos da IHAC aos quais as mulheres estão expostas e a probabilidade de melhorar os resultados da amamentação. O apoio comunitário após a alta da maternidade (Passo 10) mostrou-se essencial para a sustentabilidade dos impactos da IHAC no aleitamento materno em longo prazo.

Uma pesquisa longitudinal realizada nos Estados Unidos constatou que a duração da amamentação tendeu a aumentar quando as mães ficaram mais expostas às práticas de um Hospital Amigo da Criança. Dos Dez Passos, o Passo 3 (educação pré-natal) e o Passo 10 (apoio à amamentação após a alta da maternidade) foram citados como os mais desafiadores para implementar⁴².

No Brasil, alguns estudos foram realizados, trazendo contribuições importantes acerca da efetividade e impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Um estudo pioneiro realizado em Santos analisou a eficácia de um programa hospitalar para promover o aleitamento materno exclusivo, comparando mulheres atendidas em um hospital com um programa de promoção do aleitamento materno com mulheres de um hospital controle. A exposição às atividades de amamentação, avaliadas pelo recordatório materno, foi universalmente alta no hospital com o programa de promoção ao aleitamento materno e baixa no hospital controle. Concluiu-se que a promoção do aleitamento materno em hospital pode ser eficaz em prolongar a duração do aleitamento materno exclusivo⁴³.

Tendo como objetivo avaliar o impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre as práticas de aleitamento materno entre mães da área urbana de Montes Claros (MG), foi empreendida uma análise comparativa dos indicadores de aleitamento materno entre dois estudos transversais, antes e depois da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em todos os três serviços públicos com serviços de maternidade. Entre os principais resultados destacam que a duração mediana do aleitamento materno aumentou de 8,9 para 11,6 meses, e a duração mediana do aleitamento materno exclusivo de 27 dias para 3,5 meses⁴⁴.

Utilizando-se de dados secundários da 2ª Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno desenvolvida em âmbito nacional em 2008, dois estudos analisaram a influência da IHAC sobre indicadores de aleitamento materno e de mortalidade infantil.^{45,47} O primeiro avaliou a influência da IHAC nos indicadores de aleitamento materno no Brasil a partir dos dados de 64 municípios e 65.936 crianças com menos de 1 ano de idade, as quais foram cobertas pela campanha de imunização. A amamentação exclusiva foi, respectivamente, 13%, 8% e 6% mais provável em crianças com menos de 2, 3 e 6 meses nascidas em HAC. O nascimento em HAC também se correlacionou com um uso significativamente menor de chupeta⁴⁵. O segundo teve como objetivo estimar o impacto da IHAC na redução da mortalidade infantil com nível de inferência de plausibilidade e mostrou uma redução de 4,2% das mortes neonatais tardias, que foram atribuídas ao aumento das prevalências de aleitamento materno pred-

minante. Mediante a promoção da amamentação em menores de 6 meses, a IHAC contribuiu potencialmente para reduzir 3,5% de mortes por todas as causas e 4,2% de mortes decorrentes de infecção⁴⁶.

Seguindo a tendência mundial de se recomendar a implementação de políticas de saúde informadas por evidências, as novas diretrizes da IHAC foram elaboradas a partir de uma revisão que incluiu 22 revisões sistemáticas realizadas segundo o padrão da Colaboração Cochrane^{18,34}. A seguir, são apresentadas as recomendações das novas diretrizes da IHAC³⁴, de acordo com a qualidade da evidência, ou seja, o grau de confiança que se pode ter nos resultados dessas pesquisas^{II}.

Apoio imediato para iniciar e estabelecer a amamentação

O contato pele a pele precoce e ininterrupto entre mães e bebês deve ser facilitado e encorajado assim que possível após o nascimento **(recomendado, evidência de qualidade moderada)**.

Todas as mães devem ser apoiadas para iniciar a amamentação o mais cedo possível após o nascimento, dentro da primeira hora após o parto **(recomendado, evidência de alta qualidade)**.

As mães devem receber apoio prático para capacitá-las a iniciar e estabelecer a amamentação e lidar com as dificuldades comuns da amamentação **(recomendado, evidência de qualidade moderada)**.

As mães devem ser orientadas sobre como extrair o leite materno, como meio de manter a lactação em caso de serem separadas temporariamente de seus bebês **(recomendado, evidência de baixa qualidade)**.

As instituições que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos devem permitir que as mães e seus bebês permaneçam juntos durante o dia e a noite, em sistema de alojamento conjunto. Isso pode não se aplicar em circunstâncias nas quais os bebês precisam ser transferidos para atendimento médico especializado **(recomendado, evidência de qualidade moderada)**.

II A tradução das recomendações do Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services foi realizada pela autora deste capítulo e revisada pelas organizadoras do livro.

As mães devem ser apoiadas para praticar a alimentação responsiva como parte do cuidado (recomendado, evidência de qualidade muito baixa).

Práticas alimentares e necessidades adicionais de bebês

As mães devem ser desencorajadas a dar qualquer alimento ou líquido que não seja leite materno, a menos que seja clinicamente indicado (**recomendado, evidência de qualidade moderada**).

As mães devem receber apoio para reconhecer os sinais de vontade de mamar, proximidade e conforto dos seus filhos e capacitadas a responder a esses sinais com uma variedade de opções, durante a sua permanência na instituição com serviços de maternidade e a recém-nascidos (**recomendado, evidência de alta qualidade**).

Para bebês pré-termo que não conseguem mamar diretamente no peito, a sucção não nutritiva e a estimulação oral podem ser benéficas até que a amamentação seja estabelecida (**recomendado, evidência de baixa qualidade**).

Se o leite materno ordenhado ou outros alimentos forem clinicamente indicados para lactentes a termo, poderão ser oferecidos para a criança com o uso de xícaras, colheres ou mamadeiras e bicos durante a sua permanência na instituição (**recomendado, evidência de qualidade moderada**).

Se o leite materno ordenhado ou outros alimentos forem clinicamente indicados para bebês pré-termo, os métodos de alimentação com xícaras ou colheres são preferíveis a mamadeiras e bicos (**recomendado, evidência de qualidade moderada**).

Criando um ambiente de apoio e habilitação

As instituições que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos devem ter uma política de amamentação clara e por escrito, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde e aos pais (**recomendado, evidência de baixa qualidade**).

O pessoal do estabelecimento de saúde que presta serviços de alimentação infantil, incluindo apoio à amamentação, deve ter conhecimento, competência e habilidades para apoiar as mulheres a amamentar **(recomendado, evidência de baixa qualidade)**.

As Instituições que prestam cuidados pré-natais devem aconselhar as gestantes e suas famílias sobre os benefícios e o manejo da amamentação **(recomendado, evidência de qualidade moderada)**.

Como parte da proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, a alta das instituições que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos deve ser planejada e coordenada, para que os pais e seus filhos tenham acesso a apoio contínuo e recebam cuidados apropriados **(recomendado, evidência de baixa qualidade)**.

O avanço da IHAC no mundo

Nesta última parte do capítulo, serão abordadas experiências no mundo e no Brasil sobre implantação da IHAC. A cobertura da IHAC é definida no *Global Nutrition Monitoring*⁴⁷ como a porcentagem de nascimentos ocorridos em estabelecimentos que são atualmente designados como Amigos da Criança. Relatórios de 70 países em 2010-2011 e as atualizações de 61 relatórios adicionais em 2006-2007 (n = 131, ou 66% dos 198 países) confirmam que o número de estabelecimentos que prestam serviços de maternidade e a recém-nascidos certificados como Hospital Amigo da Criança é pelo menos 21.328, representando 27,5% de todas as instituições, sendo 8,5% deles de países de renda alta e 31% de países com baixa e média renda⁴⁸. Dados mais recentes de Revisão de Política Global de Nutrição 2016-2017, de 155 países, mostram que 71% tinham aderido à Iniciativa, estimando-se que 10% dos nascimentos mundiais em 2016 ocorreram em Hospitais Amigos da Criança³⁵.

Assim, com quase 30 anos de implementação da iniciativa, a cobertura de HAC é relativamente baixa, mas deve-se reconhecer que houve sucesso e, considerando a sua contribuição para a melhoria da qualidade do cuidado em serviços de maternidades e a recém-nascidos e o seu impacto nas taxas e duração da amamentação, ela precisa ser revitalizada, sendo necessário superar as dificuldades e enfrentar seus desafios⁴⁹.

Reconhecendo a importância de divulgar a experiência de países de diferentes partes do mundo acerca da implantação da IHAC em seus territórios, a OMS publicou o compêndio intitulado “*Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative Compendium of case studies from around the world*”⁵⁰, no qual apresenta o relato de experiência de 13 países, a saber: Bolívia, Brasil, China, Gana, Irlanda, Quênia, Kuwait, Quirguizistão, Nova Zelândia, Filipinas, Arábia Saudita, Estados Unidos da América e Vietnã.

Situação, desafios e oportunidades da IHAC na América Latina e no Caribe

Em 2013-2014 foi realizada uma pesquisa pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para avaliar a situação da IHAC nos seus estados membros, da América Latina e Caribe⁵¹. Houve participação de mais de três quartos dos países (25 de 33) e um território, que representam 88% da população da região. Os resultados mostram que apenas 8% das maternidades nesses locais foram credenciadas como Amigas da Criança, variando de zero (Antígua e Barbuda, Granada, Porto Rico e Ilha de São Cristóvão) a 320 (Brasil). Outra informação relevante é que, se for levado em conta apenas os últimos anos, apenas 2% das maternidades dos países pesquisados foram certificadas ou recertificadas entre 2008 e 2014, e 40% dos países não possuíam certificações ou recertificações. No que se refere aos partos, 3,5% dos nascimentos em ambientes hospitalares dos países pesquisados foram realizados em estabelecimentos certificados e aprovados desde 2008. Apesar das tendências quantitativas de certificações ou recertificações variarem no período compreendido entre 1991 e 2014 por país e sub-região, algumas características comuns foram identificadas. Vários países mostraram alta atividade inicial na década de 1990, seguida por expressiva desaceleração na década de 2000. Os autores destacam que os períodos com maior número de certificações e recertificações foram registrados de 1996 a 2000 e de 2001 a 2005⁵¹.

O estudo apontou como desafios mais comuns para a implementação da IHAC nesses países: (i) a resistência à mudança e a falta de identi-

ficação da equipe médica e algumas instâncias com a iniciativa; (ii) problemas relacionados aos recursos humanos, com destaque a pessoal inadequado, alta rotatividade de pessoal e falta de disponibilidade de tempo e financiamento para capacitação; (iii) outro desafio comum mencionado relaciona-se à pressão em favor do uso de substitutos e violações ao Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno. No lado positivo, a implementação da IHAC foi favorecida com a adoção de leis que apoiam a amamentação e a incorporação de indicadores de aleitamento materno nas políticas, estratégias ou monitoramento nacional. Sugestões feitas para fortalecer a implementação da iniciativa incluem vincular a IHAC a outras iniciativas de aleitamento materno (por exemplo, bancos de leite humano)⁵¹.

A experiência do Brasil na IHAC

O Brasil é o quinto país mais populoso do mundo, com cerca de 202 milhões de habitantes, sendo superado pela China, Índia, Estados Unidos e Indonésia. Anualmente nascem cerca de 3 milhões de brasileiros e brasileiras no país⁵⁰, dos quais cerca de 30% nascem em HAC credenciados.

Ao assinar, em 1990, a Declaração de Innocenti, o Brasil foi um dos 12 países escolhidos para dar partida à IHAC²⁷. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do Unicef e OPAS, deram os primeiros passos, deflagrando o processo em todo o país. Nesse mesmo ano, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, atualmente designado Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, foi certificado como o primeiro HAC do país.

Desde então, até a presente data, esforços consideráveis foram empreendidos pelas três esferas governamentais – federal, estadual e municipal – com vistas a mobilizar gestores e profissionais de instituições para a adoção dos Dez Passos. Nos 25 anos de implementação foram credenciadas como Hospitais Amigos da Criança várias maternidades e hospitais gerais com leitos obstétricos, oscilando entre 324 e 352, que se encontram nas diferentes regiões e estão presentes em todos os estados brasileiros.

Os primeiros anos de implantação da IHAC no Brasil foram marcados por um crescimento expressivo na certificação de hospitais em todo o território nacional, oscilando consideravelmente para menos, com difícil tendência de alta, com o passar dos anos. Há certo consenso, entre formuladores de políticas públicas, gestores, profissionais de saúde e pesquisadores, de que o acréscimo de cinco novos critérios nacionais em 1996 e de dez novos critérios em 2004, criados pelo Ministério da Saúde brasileiro, tenham contribuído para dificultar sua expansão e manutenção⁵².

A partir de 2009, a proposta original da IHAC foi revisada, atualizada e ampliada em âmbito mundial, incluindo o Critério Global “Cuidado Amigo da Mulher”, sendo incorporada no Brasil em 2014, por meio da Portaria nº 1.153⁵³, que redefine os critérios de habilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a referida portaria, para serem habilitados, os estabelecimentos de saúde públicos e privados devem atender os seguintes critérios: (i) cumprir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno²⁷, (ii) cumprir o Critério Global referente ao “Cuidado Amigo da Mulher”, que inclui as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme recomenda a OMS⁵³⁻⁵⁶; (iii) cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006⁵⁷, referente à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância – NBCAL; (iv) garantir a permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido, 24 horas por dia, e o livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal. A Portaria nº 1.153 continua vigente, entretanto, necessita de atualização.

Em 2015, foi publicada a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)⁵⁸, está estruturada em sete eixos de atuação, sendo o segundo deles, relacionado à promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Esse eixo contempla vários componentes e estratégias articulados de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, entre as quais, encontra-se a IHAC^{58,59}.

Vale ainda mencionar aqui outros importantes avanços que a IHAC teve no Brasil, entre os quais destacamos o pioneirismo na implantação de um sistema informatizado de automonitoramento anual de todos os hospitais credenciados, além dos esforços empreendidos para que as reavaliações ocorram a cada três anos. Nesse particular, foi realizado um

estudo descritivo com o objetivo de verificar se o sistema de automonitoramento cumpre seu papel de viabilizar hospitais credenciados, avaliar e melhorar sua conformidade com os critérios da IHAC⁵⁹. O automonitoramento foi realizado em todos os anos de 2010 a 2015 por 143 hospitais acreditados pela IHAC. A tendência dos níveis de atendimento aos critérios da IHAC, de acordo com as avaliações de automonitoramento, manteve-se estável ao longo período avaliado. A maior parte dos critérios apresentou adesão superior a 70%, enquanto para os passos 4, 7 e 9 houve uma conformidade média superior a 90%. Em relação à avaliação externa realizada em 2015, os critérios de menor cumprimento foram o passo 4 e o Cuidado Amigo da Mulher, ambos inferiores a 50%. Os passos 9 e 10, por sua vez, alcançaram níveis de adesão acima de 90%. Os autores reconhecem que o sistema de automonitoramento cumpriu parcialmente seu papel de permitir que os hospitais credenciados possam melhorar as taxas de cumprimento dos critérios da IHAC e sugerem capacitação de gestores de hospitais para abordar as dificuldades e encontrar soluções para melhorar a implementação dos Passos 4 e 6^{60,61}.

Assim, pode-se considerar que, apesar dos esforços empreendidos e das melhorias e avanços alcançados, o número de Hospitais Amigos da Criança no Brasil ainda permanece muito aquém do desejado, havendo necessidade de revitalizar e fortalecer essa importante estratégia, tendo em vista os inúmeros benefícios que oferece para a saúde das mães e crianças.

Referências

1. Victora CG, Aluísio J D, Barros AJD, França GVA, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387: 475–90.
2. Aune D, Nora, T, Romundstad P, Vatten LJ. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2014; 24: 107–15.
3. Victora CG, Horta BL, Mola CL, *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* [internet]. 2015 [acesso em 29 jul 2019];

- 3: e199–e205. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2815%2970002-1>
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? [internet]. 2016 [acesso em 29 jul 2019];387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2901044-2>
 5. Lodge CJ, Tan, DJ, Lau M, *et al.* Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl.* 2015; 104: 38–53.
 6. Horta BL, Victora, CG. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality [internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95585>
 7. Horta BL, de Mola CL, Victora C G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl.* 2015;104: 30–37.
 8. Horta BL, de Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl.* 2015;104: 14–19b.
 9. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses [internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [acesso em 6 set 2018]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf
 10. Bowatte G, Tham R. Allen KJ, *et al.* Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl.* 2015; 104: 85–95.
 11. World Health Organization. United Nations Children’s Fund. Global strategy for infant and young child feeding [internet]. Geneva: World Health Organization. 2003 [acesso em 27 set 2018]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1>

12. United Nations Children's Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding. [internet]. [acesso em 31 mar 2018] Disponível em: <http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-childfeeding/>
13. Labbok, M. Breastfeeding and baby-friendly hospital initiative: more important and with more evidence than ever. *Jornal de Pediatria* [internet]. 2007 [acesso em 29 jul 2019]; 83 (2):99-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/v83n2a02.pdf>
14. Proceedings of the Interagency Workshop on Health Care Practices Related to Breastfeed. *Int J Gynecol Obstet*. 1990;31(1):1-191.
15. Saadeh R, Labbok M, Cooney K, Koniz-Booher, *et al*. Breastfeeding: the technical basis and recommendations. Geneva: WHO; 1993.
16. World Health Organization. Unicef. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, adopted by participants at the WHO-UNICEF policymaker's meeting on "Breastfeeding in the 1990s". Florence, 30 July - 1 August, 1990.
17. World Health Organization. Unicef. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services [internet]. 1989 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241561300/en/>
18. World Healthy Organization. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - the revised Baby-friendly Hospital Initiative [internet] 2018 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>
19. Assembleia Geral das Nações Unidas. Convenção sobre direitos da Criança. Carta Magna para as crianças de todo o mundo. 20 de novembro de 1989.
20. World Health Organization. Unicef. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, adopted by participants at the WHO/UNICEF policymaker's meeting on "Breastfeeding in the 1990s [internet]. 1990 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <http://healthydocuments.org/children/healthydocuments-doc33.pdf>

21. World Health Organization. Infant and young child nutrition [internet]. In: Forty-seventh World Health Assembly, Geneva, 2-12 May 1994. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 1994 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/topics/WHA47.5_icycn_en.pdf
22. World Healthy Organization. Infant and young child nutrition [internet]. In: Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20-25 May 1996. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 1996 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/WHA49.15_icycn_en.pdf
23. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (ESP). IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia Informes, Estudios e Investigación. Madrid [internet] 2011 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <https://www.msrebs.gov.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
24. World Health Organization. Innocenti Declaration 2005 on infant and young child feeding [internet]. Geneva: United Nations Children's Fund; 2005 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: https://www.unicef.org/nutrition/files/innocenti2005m_FINAL_ARTWORK_3_MAR.pdf
25. World Health Organization. Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2009.
26. World Health Organization. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 1, Background and Implementation [internet]. 2009 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/infant-feeding/bfhi_trainingcourse_s1/en/
27. World Health Organization. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 2, Strengthening and sustaining the baby-friendly hospital initiative: a course for decision-makers [internet]. 2009 [aceso em 29 jul 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_traningcourse_s2/en/
28. World Health Organization. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 3, Breastfeeding

- Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital, a 20-hour course for maternity staf [internet]. 2009 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s3/en/
29. World Health Organization. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 4, Hospital Self-Appraisal and Monitoring [internet]. 2009 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s4/en/
 30. World Health Organization. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 5, Hospital Self-Appraisal and Monitoring. 2009.
 31. World Health Organization. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. Second International Conference on Nutrition, Rome, 19–21 November 2014. Conference outcome document: framework for action. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations [internet]. 2014 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf>
 32. World Health Organization. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. United Nations Decade of Action on Nutrition 2016–2025. Frequently asked questions. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations [internet]. 2016 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/decade-of-action/faqs/en/>
 33. World Health Organization. Maternal, infant and young child nutrition: development of the core set of indicators [internet]. In: Sixty-eighth World Health Assembly, Geneva, 18–26 May 2015. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2015 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf
 34. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services [internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>

35. World Health Organization. National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative [internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>
36. Aryeetey R, Dykes F. Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. *Matern Child Nutr.* 2018;14(3):e12637. doi: 10.1111/mcn.12637.
37. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly hospital initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016; 12: p. 402-417.
38. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* [internet]. 2005 [acesso em 29 jul 2019];116:e702-8. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/116/5/e702.long>
39. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, *et al.* Promotion of breastfeeding intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001; 285 (4):413-20.
40. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, *et al.* Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* [internet]. 2008 [acesso em 29 jul 2019];65:578-84. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482695>
41. World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding [internet]. Geneva: World Health Organization; 1998 [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43633/1/9241591544_eng.pdf
42. The United Nations Children's Fund Innocenti Research Centre. 1990 - 2005: Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, Past Achievements, Present Challenges and Priority Actions for Infant and Young Child Feeding. [internet]. [acesso em 29 jul 2019]. Disponível em: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/celebrating_2nded.pdf
43. Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote ex-

- clusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* [internet]. 1997 [acesso em 29 jul 2019];87:659-63. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380850/pdf/amjph00503-0133.pdf>
44. Caldeira AP, Gonçalves E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr* [internet]. 2007 [acesso em 29 jul 2019];83:127-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/v83n2a06.pdf>
 45. Venancio SI, Saldiva SR, Escuder MM, Giugliani ER. The baby-friendly hospital initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66 (10): 914-8.
 46. Silva OLO, Rea MF, Venâncio SI, Buccini GS. A Iniciativa hospital amigo da criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil. *Rev Bras. Saude Mater. Infant* [internet]. 2018 [acesso em 27 fev 2019]; 18(3): 481-489. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v18n3/pt_1519-3829-rbsmi-18-03-0481.pdf
 47. World Health Organization. Global nutrition monitoring framework: Operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025 [internet]. 2017 [acesso em 27 fev 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/operational-guidance-GNMF-indicators/en/>
 48. Labbok, MH. Global Baby-Friendly hospital initiative monitoring data: update and discussion. *Breastfeeding Medicine*. 2012; 7(4): 210-222.
 49. Saadeh RJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative 20 years on: facts, progress, and the way forward. *Journal of Human Lactation* [internet]. 2012 [acesso em 27 fev 2019]; 28(3):272-5. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.878.7760&rep=rep1&type=pdf>
 50. Unicef - United Nations Children's Fund. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative Compendium of case studies from around the world [internet]. 2017 [acesso em 27 fev 2019]. Disponível em: https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf
 51. Organização Pan-Americana da Saúde. La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual,

retos y oportunidades [internet]. Washington (DC): OPS; 2016 [acesso em 27 fev 2019]. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18829/9789275318775_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

52. Muller FS, Rea MF, Monteiro NR. Iniciativa mundial sobre tendências do aleitamento Materno: informe nacional [internet]. São Paulo: IBFAN Brasil; 2014. Disponível em: http://www.ibfan.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/13012015_WBTi-final.pdf
53. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.153 de 22 de maio de 2014, que Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. [acesso em 27 fev 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html
54. World Health Organization. In Care in Normal Birth: a practical guide. Maternal and Newborn Health. Safe Motherhood Unit. Birth. 1997;24(2):121-3.
55. World Health Organization. Care in Normal Birth: a practical guide. Maternal and Newborn Health. Geneva.
56. World Health Organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 27 fev 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
57. Presidência da República (BR). Casa Civil. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos [internet]. [acesso em 27 fev 2019]. Diário Oficial da União. 2006; 4 jan.; Seção 1, p.1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm
58. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) [internet]. [acesso em 27 fev 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

59. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Bases para a discussão da Política de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno [internet]. Brasília (DF); 2017 [acesso em 27 fev 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
60. Araújo RG. Avaliação do monitoramento da iniciativa hospital Amigo da Criança no Brasil [dissertação]. [internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2017 [acesso em 27 fev 2019]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25238/2/renara_araujo_iff_mest_2017.pdf
61. Araújo RG, Fonseca VM, Oliveira MIC, Ramos EG. External evaluation and self-monitoring of the Baby-friendly Hospital Initiative's maternity hospitals in Brazil. *International Breastfeeding Journal* [internet]. 2019 [acesso em 27 fev 2019]; 14 (1) 1-9. Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13006-018-0195-4>

Método Canguru: transformações no cuidado neonatal no Brasil e no mundo

Zeni Carvalho Lamy^I
Sérgio Tadeu Martins Marba^{II}
Nicole Oliveira Mota Gianini^{III}
Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo^{IV}
Roberta Costa^V
Fernando Lamy Filho^{VI}

O Método Canguru é um modelo de atenção voltado para o cuidado neonatal que determina o processo de trabalho de uma equipe que cuida de recém-nascidos, de seus pais e de sua família. Para sua efetivação em um serviço, fazem-se necessários estudo e capacitação da equipe, alguma necessidade de alterações estruturais dos serviços e muitas mudanças relacionais.

-
- I Zeni Carvalho Lamy (zenilamy@gmail.com) é neonatologista; Doutora em Saúde da Criança e da Mulher; Professora Associada do Departamento de Saúde Pública e Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão; Consultora do Ministério da Saúde para o Método Canguru.
- II Sérgio Tadeu Martins Marba (sergio@caism.unicamp.br) é neonatologista; Doutor em Pediatria; Livre Docente em Neonatologia; Professor Titular do Departamento de Pediatria e da Pós-Graduação da Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; Consultor Neonatal e do Método Canguru do Ministério da Saúde.
- III Nicole Oliveira Mota Gianni (ngianini@globo.com) é neonatologista; Doutora em Saúde da Criança e da Mulher; Coordenadora de Neonatologia da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Coordenadora Médica do Cetrin - Hospital Maternidade Santa Lúcia; Consultora do Ministério da Saúde para o Método Canguru.
- IV Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo (vivian.azevedo@ufu.br) é fisioterapeuta; Doutora em Ciências da Saúde/Saúde da Criança e do Adolescente; Professora Adjunta IV do curso de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia; Consultora do Ministério da Saúde para o Método Canguru.
- V Roberta Costa (roberta.costa@ufsc.br) é enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem; Consultora do Ministério da Saúde para o Método Canguru.
- VI Fernando Lamy Filho (lamyfilho@gmail.com) é neonatologista; Doutor em Saúde da Criança e da Mulher; Professor Titular do Departamento de Medicina III da Universidade Federal do Maranhão; Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Esse modelo oferece o melhor cuidado neonatal aos recém-nascidos pré-termos (RNPT) e ou de baixo peso. Não dispensa todos os recursos e tecnologias duras e leve-duras disponíveis, mas incorpora as tecnologias leves. A atualização de conceitos buscando o aprimoramento contínuo e a ampliação das estratégias de cuidado é o mote para o sucesso de sua implantação ou implementação, para as quais destacamos algumas etapas vitais:

1. Começar o processo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) desde o início da internação do recém-nascido.
2. Facilitar e estimular a entrada e permanência dos pais, garantindo acolhimento. Disponibilizar sempre ao menos duas cadeiras ao lado de cada leito de UTIN é fundamental.
3. Garantir que as lideranças, principalmente, e a equipe tenham conhecimento da literatura que alicerça as diretrizes do método.



Foto: Edgar Soares da Rocha, São Luís, MA

Em busca de melhores práticas de cuidado neonatal: experiências do cuidado canguru no mundo

Em 1979, os pediatras Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez iniciaram uma nova prática de cuidados de recém-nascidos pré-termo (RNPT) na maternidade do Hospital San Juan de Diós, em Bogotá (Colômbia), à qual chamaram “Método Mãe Canguru”, que consistia em colocar o recém-nascido junto ao corpo de sua mãe, em contato pele a pele, e conceder alta precoce desde que apresentassem estabilidade clínica e aleitamento materno exclusivo¹. Essa necessidade surgiu em decorrência da superlotação da UTIN e da falta de incubadoras para atender a todos os recém-nascidos, o que aumentava os índices de infecções cruzadas, desmame precoce, mortalidade neonatal e abandono materno.

Essa nova abordagem, desde o início foi avaliada positivamente, mas não plenamente aceita, particularmente nos países desenvolvidos, e surgiram diversas críticas internacionais. Ela foi associada com estratégias alternativas, especialmente por tratar-se de proposta oriunda de um país de “terceiro mundo”^{1,2}. A realização de pesquisas e a ampla comprovação de seus benefícios possibilitou a incorporação gradativa dessa estratégia na atenção perinatal³. Mais tarde, foram desenvolvidas mudanças e adaptações na proposta inicial, especialmente na questão relativa à alta precoce⁴.

O Brasil teve importante papel nesse processo de mudança internacional. A proposta inicial utilizava o Método Canguru na preparação para a alta precoce do recém-nascido, envolvendo apenas a mãe e garantindo o acompanhamento ambulatorial sistemático. No entanto, desde a criação da Política Nacional, o método incluiu a mãe e o pai no cuidado hospitalar do filho, estimulando sua presença na unidade neonatal desde a internação e buscando estratégias para a construção de redes de suporte familiar e social⁵.

O Método Canguru, tal como se concebe na atualidade, não é considerado um substitutivo de tecnologias duras, mas sim uma tecnologia leve que melhora a qualidade da assistência, favorece a adaptação dos pais ao nascimento de um filho pré-termo e contribui para a recuperação do recém-nascido internado em UTIN^{5,6}.

Dessa forma, esse método é utilizado tanto nos países em desenvolvimento quanto naqueles que dispõem de todos os recursos para salvar a vida dos recém-nascidos. Em países pobres pode ser a única oferta de cuidados neonatais, principalmente naqueles com recursos muito limitados⁷.

Em países africanos e do sul asiático, onde ocorrem mais de três quartos das mortes neonatais em países de baixa e média renda, esse método tem o potencial de salvar vidas e mudar as características dos cuidados com os recém-nascidos. O início, a continuidade e a duração podem variar de acordo com a estabilidade do recém-nascido e o contexto clínico, mas nesses países as tentativas são feitas para iniciar a intervenção o mais cedo possível após o nascimento, uma vez que grande parte da mortalidade neonatal ocorre dentro das primeiras 24 horas. Dessa forma, tem sido descrito o início precoce e o uso contínuo (acima de 18 horas por dia), com o apoio de toda a família⁸. Segundo Mazumder e colaboradores⁹, nesses países o Método Canguru tem sido incentivado não somente em ambiente hospitalar, mas especialmente na comunidade, uma vez que há altas taxas de partos com nascimento de RNPTs e de baixo peso nos domicílios.

Há o reconhecimento de que o contato pele a pele intermitente também pode ser benéfico, especialmente influenciando em desfechos que reduzem a mortalidade, tais como maiores taxas de amamentação, melhor regulação fisiológica a curto prazo, vínculo materno, entre outros⁸.

No entanto, alguns fatores dificultam a implementação do Método Canguru, como a falta de aconselhamento, a falta de apoio na realização do contato pele a pele, a longa permanência nos partos hospitalares, os múltiplos papéis da mãe, a própria cultura e a falta de “conforto” durante a realização do método, especialmente em países com clima quente¹⁰.

Capacitação e orientação, supervisão e apoio, integração do Método Canguru na melhoria da qualidade, continuidade do cuidado, envolvimento e apoio de gestores governamentais, distritais e institucionais são estratégias descritas como facilitadoras da implementação do Método Canguru¹¹.

Na Colômbia, o acompanhamento a longo prazo das crianças egressas de UTINs que utilizaram o Método Canguru tem demonstrado efeitos protetores sociais e comportamentais significativos e duradouros após 20 anos de seguimento, com redução do absenteísmo escolar e da hiperatividade e agressividade¹².

Em países europeus há vários relatos de experiências positivas em relação ao Método Canguru realizado de forma contínua durante a

permanência do recém-nascido na UTIN¹³. Um estudo realizado em 11 UTINs na Finlândia, Estônia, Suécia, Noruega, Itália e Espanha, que investigou a proximidade física entre os pais e seus filhos internados, observou que os pais realizavam, em média, 30 minutos a 9 horas de contato pele a pele por dia, nas duas primeiras semanas de internação. Esse estudo destaca que a oportunidade de passarem a noite na UTIN com o filho é fator determinante para a proximidade entre pais e bebês¹⁴.

Outra experiência que vem sendo descrita é a utilização da posição canguru para o transporte neonatal. Sontheimer e colaboradores¹⁵ utilizaram a estratégia do “transporte canguru” em estudo realizado na Alemanha com 31 RNPTs e a termo, estáveis, com peso entre 1.220 e 3.720g. A distância percorrida foi de 2 a 400 km com duração de 10 a 300 minutos. Os resultados apontaram que a frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura retal permaneceram estáveis durante todo o transporte e os pais se sentiram muito confortáveis e seguros. Concluíram que o transporte canguru promove a proximidade mãe-bebê e pode melhorar vários dos riscos associados ao transporte convencional.

Apesar das diversas conotações e experiências, o Método Canguru vem sendo utilizado nos diferentes continentes como a melhor prática no cuidado ao recém-nascido e sua família.



Foto: Merval de Jesus Gonçalves Filho, São Luís, MA

O Método Canguru no Brasil: mudança de paradigma no cuidado neonatal

As primeiras experiências com o Cuidado Canguru (MC) no Brasil ocorreram no Hospital Estadual Guilherme Álvaro, em Santos (SP), em 1991, e no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, hoje Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, no Recife (PE), em 1993. Outras iniciativas de utilização desse modelo de atenção foram surgindo no final na década de 1990, a exemplo do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, da Maternidade Leila Diniz da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, da Maternidade Escola da Universidade Federal do Ceará, do Hospital Regional de Taguatinga no Distrito Federal, entre outros.

Em março de 1999, por iniciativa do BNDES, foi organizada uma Conferência Nacional sobre o Cuidado Canguru, no Rio de Janeiro, na qual foram apresentadas diversas experiências sobre a sua utilização em instituições brasileiras de diferentes estados¹⁶⁻¹⁸.

Compreendendo a importância desse modo de cuidado, até então aplicado de forma assistemática no País, e muito focado na posição canguru, o Ministério da Saúde constituiu uma equipe multiprofissional formada por consultores com experiência prática e acadêmica com a intenção de organizar, padronizar e ampliar a sua utilização no país.

A partir desse trabalho, no Brasil, foi criado o conceito de Método Canguru, como um modelo de atenção que incorpora a posição canguru, mas amplia o cuidado para o recém-nascido, seus pais e família e para o ambiente da Unidade Neonatal. O resultado desse trabalho foi a elaboração da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, publicada no Diário Oficial da União, pela Portaria GM nº 693, de 5 de julho de 2000, que estabeleceu o Método Canguru como Política Nacional de Saúde. Essa portaria foi revogada e atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.683, publicada em 12 de julho de 2007^{19,20}.

Nesse momento histórico do Método Canguru no Brasil, era hora de romper com alguns paradigmas tradicionais do cuidado neonatal. Deixar de lado práticas antes consideradas imutáveis para dar lugar a novos con-

ceitos que vinham desafiando a comunidade científica na maneira de abordar o recém-nascido, especialmente o pré-termo, seus pais e sua família.

Nessa construção, foi preciso mostrar que esse conjunto de ideias não representava contraposição às práticas neonatais existentes, mas sim que as complementavam, qualificavam e ampliavam na perspectiva do cuidado progressivo. Assim, esse cuidado ampliado – Método Canguru – compreende três etapas. A primeira começa com a identificação da gestante de risco e abrange a internação do recém-nascido na UTIN e na Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo). A segunda etapa ocorre na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa). A terceira etapa tem início após a alta hospitalar e envolve o acompanhamento ambulatorial compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica até que a criança alcance o peso de 2.500 gramas²¹.

Para consolidar o Método Canguru no país foram identificados e credenciados cinco Centros Nacionais de Referência (CNR) espalhados de forma estratégica pelo país. Ao longo dos anos, algumas instituições permaneceram como CNRs e outras mudaram. Hoje, o Ministério da Saúde conta com seis CNRs: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), no Recife (PE); Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís (MA); cinco maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis (SC); Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS), em São Paulo (SP), e Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP), em Campinas (SP).

Visando à disseminação do Método Canguru no país, foi elaborado o Manual Técnico da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, atualmente em sua terceira edição, com versões em inglês e espanhol. Esse manual foi a base para a organização dos cursos de sensibilização e capacitação para o Método Canguru, curso teórico/prático, com 40 horas de duração, com o objetivo de sensibilizar os profissionais para a utilização do MC. Dessa forma, o Método Canguru foi incorporado, definitivamente, às boas práticas do cuidado neonatal. Passou a ser divulgado em congressos, eventos científicos e instituições de ensino. O Ministério da Saúde, recebeu juntamente com a Fundação Orsa e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), em

2002, o 5º Prêmio Racine, que valoriza iniciativas que contribuem para a melhoria da saúde pública no país, pelo sucesso da disseminação do Método Canguru¹⁶.

Em 2004 o Brasil sediou, na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro Seminário Internacional sobre a Assistência Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso e o 5º Workshop Internacional sobre o Método Canguru, com apoio do BNDES. Desse evento participaram representantes de 22 países, que puderam trocar experiências e conhecer a forma como o Brasil trabalha o MC¹⁶.

Em 2005, o Ministério da Saúde financiou uma pesquisa científica com o objetivo de comparar os resultados neonatais de unidades que utilizavam o Método Canguru com outras que não utilizavam. Os resultados apontaram que as unidades canguru tiveram desempenho significativamente superior em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta e aos três meses de idade, além de menores taxas de reinternação. A conclusão foi de que a estratégia de humanização adotada pelo Ministério da Saúde era uma forma segura e apropriada de atendimento ao RN e uma boa estratégia para a promoção do aleitamento materno²².

Em 2009, um novo desafio foi identificar, em cada uma das unidades federativas do país, uma maternidade de referência estadual para o Método Canguru, com objetivo de descentralizar e formar tutores estaduais. Esse movimento integrou as ações do Projeto de Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru em Maternidades Brasileiras. Foram, então, formados tutores estaduais por meio de metodologias ativas, com ênfase na aprendizagem baseada em problemas (*Problem Based Learning* – PBL), em que o novo tutor buscava o conhecimento para solucionar situações reais do dia a dia nas unidades neonatais. A tarefa primordial desses tutores foi a de ministrar cursos de sensibilização para os profissionais de saúde, bem como monitorar e apoiar as ações do Método Canguru em seus respectivos estados¹⁶.

Em 2010, o Ministério da Saúde, que vinha disseminando o Método Canguru, até então centrado apenas em ações hospitalares, passou a buscar articulação com as equipes da Atenção Básica (AB) para fortalecer a terceira etapa e melhorar a qualidade da atenção ao recém-nascido após a alta hospitalar. Para atingir esse objetivo foram formados Tutores

da Atenção Básica para o Método Canguru, buscando profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), grandes aliados na garantia da atenção ao recém-nascido após a alta. Esses tutores têm o papel de ministrar os cursos de sensibilização nas Unidades Básicas de Saúde²³.

Para apoiar essa nova fase foram elaborados dois materiais: “Manual do Método Canguru: Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica” (para profissionais de nível superior) e o “Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: Cuidado Compartilhado”, para agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem^{24,25}.

A próxima missão, a partir de 2012, foi direcionada para a capacitação dos hospitais de ensino, considerando que, por serem formadores de opinião, têm grande potencial de disseminação do Método Canguru. Capacitaram tutores específicos para esses hospitais. Como consequência, o ensino do Método Canguru foi introduzido em muitos currículos de cursos de graduação da área de saúde, como medicina, enfermagem e outros, bem como a inclusão, pelo Conselho Nacional de Residência Médica e Ministério da Educação, do curso de sensibilização do Método Canguru como obrigatório na residência médica em Pediatria²⁶.

Um marco histórico para a consolidação do Método Canguru como prática neonatal no Brasil foi a elaboração e publicação da Portaria 930, de 10 de maio de 2012, que definiu as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, além dos critérios de classificação e habilitação de leitos da unidade neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então as Unidades Neonatais passaram a contar com uma regulamentação para o cuidado progressivo, buscando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido, nos seguintes setores: 1) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; 2) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, com duas tipologias, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. A Portaria 930 está claramente ligada aos pilares da proposta do Método Canguru e instituiu os critérios de habilitação e financiamento do leito da UCINCa²⁷.

Em 2015, fruto de um extenso trabalho de reflexão, discussão e articulação da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) e da Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS), foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Essa política é composta por sete pilares que sustentam a Atenção à Saúde da Criança e o primeiro é a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, que tem o Método Canguru como principal eixo. As ações aí inseridas incluem a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade e da humanização da Atenção Obstétrica e Neonatal, integrando as ações do pré-natal, parto e nascimento e do acompanhamento da criança na Atenção Básica, configurando-se uma rede articulada de atenção²⁸.

Chegamos a 2017 e o movimento em prol da consolidação do Método Canguru não parou. A ampliação desse modelo de atenção neonatal tem sido discutida, agora, também na perspectiva de inclusão dos recém-nascidos a termo. No 12º KMC Workshop Internacional, realizado em 2018, em Bogotá-Colômbia, um dos sete grupos de trabalho abordou, especificamente, o estado da arte da utilização do MC em recém-nascidos a termo²⁹.

Hoje, a estrutura organizacional do Método Canguru no Brasil é composta pelo grupo gestor do Ministério da Saúde, pelos seis centros de referência nacional já referidos e por 27 centros de estaduais de referência certificados, um em cada unidade federativa. Para o aprimoramento do Método Canguru e discussões normativas são realizados encontros nacionais e inúmeras reuniões com o Grupo de Consultores Nacionais e o Grupo Gestor. Até 2017, foram capacitados 2.583 tutores e sensibilizados mais de 10 mil profissionais de saúde.

Como material de apoio, o Ministério da Saúde disponibiliza as seguintes publicações:

- Manual do Método Canguru – Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica²⁴;
- Vídeo Institucional: Método Canguru na Atenção Básica: Cuidado Compartilhado³⁰;
- Clipe: Método Canguru na Atenção Básica: Cuidado Compartilhado³¹;
- Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: Cuidado Compartilhado²⁵;

- Manual Técnico para Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru – 3ª edição²¹;
- Manual da Terceira Etapa do Método Canguru³²;
- Método Canguru: diretrizes do cuidado [recurso eletrônico]³³;

O caminho trilhado para a implementação do Método Canguru nos mostra a consolidação de um modelo de atenção neonatal integral e humanizado, conforme ele foi idealizado desde o seu início no Brasil. Essa história foi construída por muitas pessoas, sonhadoras, abnegadas, persistentes e de mente aberta ao conhecimento, que se permitiram um olhar para novos conceitos e novos desafios antes considerados imutáveis na atenção neonatal¹⁸.



Foto: Merval de Jesus Gonçalves Filho, São Luís, MA

Evidências científicas: a efetividade do Método Canguru

O Método Canguru, não há mais dúvida, é uma prática segura e considerada como Cuidado Padrão na assistência neonatal, inclusive oferecendo proteção contra eventos adversos. As inúmeras evidências robustas, construídas ao longo dos últimos 18 anos, derrubaram todas as questões que foram levantadas no surgimento desse método, discutidas no início deste capítulo³⁴.

Para Charpak, Calume e Hamel⁴, desde os anos 1990 sabe-se das vantagens, de curto e médio prazos, do Método Canguru para RNPT e ou de baixo peso ao nascer em relação à sobrevida, ao neurodesenvolvimento

e à qualidade do vínculo mãe-bebê. Desde então, muitas vantagens têm sido descritas na literatura, com evidências científicas que deixam claro que o Método Canguru é um grande avanço na neonatologia.

A primeira revisão sistemática sobre o contato pele a pele foi publicada na *Cochrane Collaboration* por Conde-Agudelo, Diaz-Rossello e Belizan³⁵. Esse estudo, que incluiu apenas três trabalhos, teve como conclusão que possivelmente o contato pele a pele poderia reduzir a morbidade infantil grave, mas ainda não havia evidências seguras produzidas por ensaios clínicos randomizados para recomendar o seu uso de rotina.

Em 2016, essa mesma revisão sistemática com metanálise foi publicada incluindo 16 ensaios clínicos randomizados com 2.518 recém-nascidos e mostrou resultados positivos para redução do risco de morte (RR 0,60), de infecção relacionada à assistência à saúde e sepsse neonatal (RR 0,45), hipotermia (RR 0,34), tempo de permanência hospitalar, melhor crescimento e desenvolvimento, amamentação e vínculo entre mãe e filho⁷.

Outra metanálise³⁴ também demonstrou que o contato pele a pele tem potencial para redução de mortalidade neonatal (RR 0,64), sepsse (RR 0,53), hipotermia (RR 0,22), hipoglicemia (RR 0,12), reinternação hospitalar (RR 0,42), além de resultados como frequência respiratória, níveis de dor reduzidos, níveis mais elevados de saturação de oxigênio, temperatura corporal e crescimento do perímetro cefálico.

Mais quatro revisões sistemáticas demonstraram evidências robustas sobre outros efeitos que sustentam a utilização do Método Canguru: a) pode melhorar o humor materno (ansiedade ou depressão) e promover interações mais positivas entre pais e recém-nascido³⁶; b) o contato pele a pele parece ser eficaz no controle da dor, tanto em um único procedimento doloroso, como medido por indicadores de dor compostos, incluindo indicadores fisiológicos e comportamentais³⁷; c) melhora indicadores de amamentação, estabilidade cardiorrespiratória e diminuição do choro³⁸; e d) reduz substancialmente a mortalidade neonatal entre RNPT³⁹.

Além das revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados têm sido publicados e contribuído para melhor compreensão da utilização do Método Canguru. Destacamos alguns resultados:

- a) o contato pele a pele de mãe e pai ativaram a liberação de oxitocina e reduziram o estresse e a ansiedade em mães e pais de prematuros⁴⁰;

- b) quando utilizado de forma quase contínua, a posição canguru diminui a reatividade do cortisol em resposta à manipulação, melhora a concordância dos níveis de cortisol salivar entre mães e crianças e diminui problemas de relacionamento com o cônjuge⁴¹;
- c) o contato pele a pele tem um impacto positivo no ambiente domiciliar⁴²;
- d) reduz o estresse da troca de fraldas de recém-nascidos pré-termos⁴³;
- e) recém-nascidos em contato pele a pele choram menos, atingem estados comportamentais calmos mais rapidamente e tendem a ter uma redução mais rápida da frequência cardíaca após injeção para hepatite B⁴⁴;
- f) o contato pele a pele produziu maior efeito analgésico em RNPT durante punção capilar de calcanhar do que em RN controles que receberam glicose por via oral⁴⁵;
- g) pode ser usado como uma intervenção para melhorar a organização do sono de pré-termos⁶;
- h) mostrou-se eficaz e seguro para promover a descolonização das narinas dos recém-nascidos colonizados por *Staphylococcus Aureus* e *Epidermides* resistentes à metilina⁴⁶;
- i) charpak e colaboradores¹², em estudo que comparou o cuidado canguru com os cuidados tradicionais, indica que o cuidado canguru tem impacto social e duradouro com efeitos protetores na adolescência e na idade adulta jovem.

Boundy e colaboradores³⁴ mostraram também que as crianças egressas de unidades neonatais com o cuidado canguru apresentavam aumento da incidência de aleitamento materno com 40-41 semanas de idade gestacional corrigida e na alta hospitalar. Dessa forma, ainda há benefícios adicionais da amamentação para esses recém-nascidos.

As evidências sobre os benefícios do aleitamento materno para mães e crianças em geral foram apresentadas no Capítulo 2. A seguir, apresentamos sua relevância especificamente para a assistência neonatal.

O leite materno tem melhor digestibilidade, possibilitando melhor esvaziamento gástrico. Isso facilita a condução nutricional, em especial dos recém-nascidos que nascem antes do termo⁴⁷.

A incidência de enterocolite necrosante, um dos maiores desafios das unidades neonatais, por ser uma patologia com alta morbidade e mortalidade, é reduzida com o uso do leite materno. Uma das explicações para esse fato é a presença da enzima acetil-hidrolase do fator agregador de plaquetas (PAF) no leite materno. O PAF está implicado na cascata de inflamação, descrita na enterocolite necrosante, e a acetil-hidrolase encontrada no leite materno degrada esse fator. O leite da mãe do RNPT tem concentração cinco vezes maior dessa enzima do que no leite da mãe do RN a termo⁴⁸⁻⁵².

Há diminuição da incidência de displasia broncopulmonar, explicada pela presença do inositol no leite materno, substância que tem o papel de diminuir a ocorrência de alteração da arquitetura pulmonar^{53,54}.

As crianças que recebem leite materno têm melhor performance em testes de quociente de inteligência, que é melhor quanto maior a alíquota de leite materno que recebem, sendo dose-dependente⁵⁵⁻⁵⁸.

O leite materno diminui a incidência de infecções, uma vez que favorece uma microbiota gastrointestinal mais saudável. Inclusive, favorece a passagem de anticorpos específicos contra os patógenos hospitalares quando a mãe está em contato com a criança, em especial na posição canguru⁵⁹⁻⁶¹.

A presença de β -endorfina no leite materno promove a analgesia, sendo sua concentração cinco vezes mais elevada no leite da mãe de criança que nasce antes do termo. Isso determina a importância do início da terapia nutricional enteral com o leite da própria mãe nos primeiros dias de vida, especialmente para os bebês internados⁶².

O leite materno contribui para diminuir a gravidade da retinopatia da prematuridade⁶³.

De forma sistematizada, as evidências apresentadas demonstram como vantagens do Método Canguru: redução do tempo de separação entre a mãe e o filho; facilitação do vínculo; maior frequência, precocidade e duração do aleitamento materno; adequado controle térmico; estimulação sensorial positiva; alterações da microbiota/microbioma; diminuição das infecções relacionadas à assistência à saúde; redução do estresse e dor; melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; diminuição do tempo de internação; melhor ganho ponderal; maior

competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho após a alta hospitalar; melhor desenvolvimento neurocomportamental; diminuição da reinternação e da mortalidade²¹.

Apesar de tudo, ainda há muito o que fazer. Estamos apenas começando!

Referências

1. Whitelaw A, Sleath K. Myth of the marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogota. *Lancet*. 1985;1(8439):1206-8.
2. Diaz-Rossello J. Caring for the mother and preterm infant: kangaroo care. *Birth*. 1996; 23(2):108-11.
3. Costa R. Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
4. Charpak N, Calume ZF, Hamel A. O método mãe-canguru: pais e familiares de bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Chile: McGraw Hill; 1999.
5. Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Hennig M de AES. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru: a proposta brasileira. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):659-668.
6. Ludington-Hoe SM, Morgan K, Abouelfetoh A. A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Adv Neonatal Care*. 2008; 8(3S):S3-S23.
7. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;23(8):CD002771.
8. Vesel L, Bergh AM, Kerber KJ, Valsangkar B, Mazia G, Moxon SG, Blencowe H; Darmstadt GL, De Graft Johnson J, Dickson KE, Ruiz Peáléz J, Von Xylander S, Lawn JE, KMC. Research acceleration group. Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(2):5.

9. Mazumder S, Taneja S, Dalpath SK, Gupta R, Dube B, Sinha B, Bhatia K, Yoshida S, Norheim OF, Bahl R, Sommerfelt H, Bhandari N, Martines J. Impact of community-initiated kangaroo mother care on survival of low birth weight infants: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):262.
10. Chisenga JZ, Chalanda M, Ngwale M. Kangaroo mother care: a review of mothers' experiences at Bwaila hospital and Zomba Central hospital (Malawi). *Midwifery*. 2015; 31(2):305-315.
11. Bergh AM, Kerber K, Abwao S, De-Graft Johnson J, Aliganyira P, Davy K, Gamache N, Kante M, Ligowe R, Luhanga R, Mukarugwiro B, Ngabo F, Rawlins B, Sayinzoga F, Sengendo NH, Sylla M, Taylor R, Van Rooyen E, Zoungrana. Implementing facility-based kangaroo mother care services: lessons from a multi-country study in Africa. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14:293.
12. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Hernandez JT, Uriza F, Villegas J, Nadeau L, Mercier C, Maheu F, Marin J, Cortes D, Gallego JM, Maldonado D. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *Pediatrics*. 2017;139(1):e20162063.
13. Blomqvist YT, Nyqvist KH. Swedish mothers' experience of continuous kangaroo mother care. *J Clin Nurs*. 2011; 20(9-10):1472-80.
14. Raiskila S, Axelin A, Toome L, Caballero S, Tandberg BS, Montirosso R, Normann E, Hallberg B, Westrup B, Ewald U, Lehtonen L. Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatr*. 2017; 106(6):878-888.
15. Sontheimer D, Fischer CB, Buch KE. Kangaroo transport instead of incubator transport. *Pediatrics*. 2004; 113(4).
16. Oliveira ND, Joaquim MCM, Maranhão AGK, Schubert C. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru: 15 anos de uma política pública de saúde que mudou o cuidado perinatal brasileiro. In: Sanches MTC, coordenador. *Método canguru no Brasil: 15 anos de política pública*, 2015. Pag. 17-30
17. Lima GMS. Trajetória do método canguru no Instituto de medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP. In: Sanches MTC, *et al*, coordenador. *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública*, 2015. Pag. 65-80

18. Sanches MTC. Contribuições do Instituto de Saúde para a produção de conhecimento e capacitação de profissionais para o método canguru. In: Sanches MTC, *et al*, coordenador. Método canguru no Brasil: 15 anos de política pública, 2015.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru [internet]. [acesso em 23 maio 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acesso em 15/7/2018.
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. [acesso em 23 maio 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em: 15/7/2018.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: método Canguru. 3. Edição. Brasília (DF); 2017.
22. Lamy Filho F, Da Silva AAM, Lamy ZC, Gomes MASM, Moreira MEL. Grupo de avaliação do método canguru. Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *J Pediatr*. 2008; 84(5):428-35.
23. Lamy ZC, Soares M, Morsch DS. Cuidado compartilhado entre a atenção hospitalar e atenção básica. In: Sanches MTC *et al*. método canguru no Brasil: 15 anos de política pública, 2015.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do método canguru: seguimento compartilhado entre a atenção hospitalar e a atenção básica. Brasília (DF); 2015.
25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o método canguru na atenção básica: cuidado compartilhado. Brasília (DF); 2016.
26. Marba STM, Azevedo VMGO, Bouzada MCF, Araújo MC, Gontijo FO. Fortalecimento e disseminação do método canguru em hospital de ensino. In: Sanches MTC, *et al*, coordenadores. Método canguru no Brasil: 15 anos de política pública, 2015.

27. Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. [acesso em 23 maio 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>.
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. 2015 [acesso em 23 maio 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>.
29. International Network In Kangaroo Mother Care (INK) [internet]. [acesso em 15 jul. 2018]. Disponível em: <http://inkmc.net/index.php/workshop-and-congress-program>
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Programa de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso método canguru. Método canguru na atenção básica: cuidado compartilhado [internet]. 2015 [acesso em 15 jul. 2018]. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=zed8GTphtag&t=112s>>.
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Programa de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Método canguru na atenção básica: cuidado compartilhado [internet]. 2015 [acesso em 15 jul. 2018]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=IhKyaqGX_MQ>.
32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual da terceira etapa do método canguru. Brasília (DF): 2018.
33. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método canguru: diretrizes do cuidado. Ministério da Saúde [internet]. Brasília (DF): 2018 [acesso em 23 maio 2019]. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/metodo-canguru-diretrizes-do-cuidado/>

34. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E, Kajeepeta SK *et al.* Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Pediatrics* [internet]. 2016 [acesso em 23 maio 2019];137(1):e20152238. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/1/e20152238.full.pdf>
35. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.*2000; (4):CD002771.
36. Athanasopoulou E, Fox JR. Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: a systematic review. *Infant Ment Health J.* 2014; 35(3):245-62.
37. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, Inglis D, Zee R. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;23;(1):CD008435.
38. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 16;(5):CD003519.
39. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol.* 2010; 39 (1)1:144-54.
40. Cong X, Ludington-Hoe SM, Hussain N, Cusson RM, Walsh S, Vazquez V, Briere CE, Vittner D. Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. *Early Hum Dev.* 2015; 91(7):401-6.
41. Mörelius E, Örténstrand A, Theodorsson E, Frostell A. A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breast-feeding. *Early Hum Dev.* 2015;91(1):63-70.
42. Tessier R, Charpak N, Giron M, Cristo M, De Calume ZF, Ruiz-Peláez JG. Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Paediatr.* 2009;98(9):1444-50, 2009.
43. Lyngstad LT, Tandberg BS, Storm H, Ekeberg BL, Moen A. Does skin-to-skin contact reduce stress during diaper change in preterm infants? *Early Hum Dev.* 2014; 90(4):169-72.

44. Kostandy R, Anderson GC, Good M. Skin-to-skin contact diminishes pain from hepatitis B vaccine injection in healthy full-term neonates. *Neonatal Network*. 2013; 32(4):274-80.
45. Freire NB, Garcia JB, Lamy ZC. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain*. 2008; 139(1):28-33.
46. Lamy Filho F, De Sousa SH, Freitas IJ, Lamy ZC, Simões VM, Da Silva AA, Barbieri MA. Effect of maternal skin-to-skin contact on decolonization of Methicillin-Oxacillin-Resistant Staphylococcus in neonatal intensive care units: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015.
47. Lancaster GA, Dodd S, Williamson PR. Design and analysis of pilot studies: recommendations for good practice. *J Eval Clin Pract*. 2004; 10(2):307-12.
48. Hamosh M. Bioactive factors in human milk. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48(1):69-86.
49. Djoumerska-Alexieva I, Manoylov I, Dimitrov JD, Tchorbanov A. Serum or breast milk immunoglobulins mask the self-reactivity of human natural IgG antibodies. *APMIS*. 2014; 122(4):329-40.
50. Berseth CL. Effect of early feeding on maturation of the preterm infant's small intestine. *J Pediatr*. 1992;120(6):947-53.
51. Thureen PJ, Hay WW. Early aggressive nutrition in preterm infants. *Seminars in Neonatology*. 2001; 6(5):403-15.
52. Berseth CL. Minimal enteral feedings. *Clin Perinatol*. 1995; 22(1):195-205.
53. Lorenz JM. The outcome of extreme prematurity. *Seminars in perinatology*. 2001; 25(5):348-59.
54. Sharek PJ, Baker R, Litman F, Kaempf J, Burch K, Schwarz E, Sun S, Payne NR. Evaluation and development of potentially better practices to prevent chronic lung disease and reduce lung injury in neonates. *Pediatrics*. 2003;111(E1):e426-31.
55. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lucas PJ, Gore SM, Crowle P, Pearce R, Boon AJ, Powell R. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. *Lancet*. 1990; 335(8704):1477-81.

56. Lucas A. Does early diet program future outcome? *Acta Paediatr.* 1990; (s365):58-67.
57. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet.* 1992; 339(8788):261-4.
58. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1999;70(4):525-35.
59. Stewart CJ, Marrs EC, Nelson A, Lanyon C, Perry JD, Embleton ND, Cummings SP, Berrington JE. Development of the preterm gut microbiome in twins at risk of necrotising enterocolitis and sepsis. *PLoS One.* 2013; 8(8):e73465.
60. Riskin A, Almog M, Peri R, Halasz K, Srugo I, Kessel A. Changes in immunomodulatory constituents of human milk in response to active infection in the nursing infant. *Pediatr Res.* 2012;71(2):220-5.
61. Mastromarino P, Capobianco D, Campagna G, Laforgia N, Drimaco P, Dileone A, Baldassarre ME. Correlation between lactoferrin and beneficial microbiota in breast milk and infant's feces. *Biometals.* 2014; 27(5):1077-86.
62. Zanardo V, Nicolussi S, Carlo G, Marzari F, Faggian D, Favaro F, Plebani M. Beta endorphin concentrations in human milk. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001; 33(2): 60-4.
63. Do Nascimento MB, Issler H. Breastfeeding in premature infants: in-hospital clinical management. *J Pediatr.* 2004; 80(5):S163-72.

Rede Global de Bancos de Leite Humano: em busca da excelência no cuidado ao recém-nascido prematuro

Maria José Guardia Mattar^I
Jefferson Pereira Guilherme^{II}

No Brasil, o Banco de Leite Humano (BLH) é uma unidade de saúde que promove, protege e apoia a prática do aleitamento materno e processa leite humano¹.

Ao redor do mundo ainda prevalece o modelo de BLH, que apenas recolhe, pasteuriza e distribui leite humano. No entanto, incentivo e apoio ao aleitamento materno são estratégias fundamentais para a manutenção da lactação, o aumento da captação de leite humano, o suprimento da demanda láctea das unidades neonatais e o crescimento da rede.

Historicamente, até a virada do século 20, quando por qualquer motivo uma mulher não amamentava sua criança, recorria-se a uma ama de leite ou a uma parente, vizinha ou amiga que pudesse doar leite. O estilo de vida da ama de leite (doadora) e a saúde de seus filhos eram avaliados empiricamente, de forma a presumir, indiretamente, o que poderia suceder com o receptor do leite doado. Essa prática corriqueira difundida em todo o mundo levou à origem dos bancos de leite humano¹, iniciado na Áustria, em 1909².

Na década de 1980, o advento da Aids e a confirmação de que o citomegalovírus (CMV) acarretava danos neurológicos ao prematuro, ame-

I Maria José Guardia Mattar (mjgmattar@hotmail.com) é pediatra, neonatologista; Especialização em Ciências da Saúde/SES; Coordenadora da Rede Paulista de BLH e da Comissão Estadual de BLH/SES; Consultora da Rede Global em BLH/Fiocruz; Assessora Técnica da Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha/SMS-SP; Membro do Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

II Jefferson P. Guilherme (jeffeped@gmail.com) é pediatra, professor da Universidade do Estado do Amazonas, consultor em lactação pelo IBLCE, médico do BLH-AM. Mestrando do programa de Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, SP.

drontaram os responsáveis por bancos de leite levando ao fechamento de muitos deles na Europa e na América do Norte². No Brasil, deu-se o contrário, uma vez que o BLH do Instituto Fernandes Figueira, do Rio de Janeiro, já havia confirmado que a pasteurização era capaz de eliminar tais patógenos, levando à abertura de novos bancos de leite por todo o país³.

Os avanços tecnológicos têm possibilitado a sobrevivência de recém-nascidos prematuros cada vez menores, acarretando aumento da demanda por leite humano doado. Hoje, há mais de 500 bancos de leite no mundo distribuídos em cerca de 40 países, sendo que mais de 40% deles estão em território brasileiro⁴.

Como atuam os bancos de leite humano no Brasil

A Rede Brasileira de BLH (rBLH-Br) possui o programa de qualidade e proficiência com o objetivo de promover condições que permitam certificar a qualidade dos produtos e serviços sob sua responsabilidade em todo o país. A participação dos BLH nesse programa é um processo contínuo de melhoria por meio da monitoração do desempenho analítico, possibilitando a revisão de suas práticas e seus processos.

Para implementação de BLH e Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH), o regulamento em vigor é a Resolução da Anvisa RDC171/06, de 5 de setembro de 2006, estabelecendo que todos os BLH devem realizar os indicadores de qualidade físico-químico como critério classificatório e de seleção (sujidade, cor, *off-flavor*, crematócrito, acidez titulável) e a microbiologia após a pasteurização pelo teste de BGBl^{1,5,6,7}. O objetivo dessa avaliação é determinar prováveis alterações que caracterizem o leite humano ordenhado como impróprio para o consumo^{6,7}.

Cabe distinguir o manuseio do leite cru realizado em postos de coleta, dos leites de bancos propriamente ditos. Nos primeiros, não há pasteurização e, portanto, o leite de cada mulher somente pode ser ofertado para o próprio filho. Os PCLH podem ser uma importante estratégia para recepção de leite doado, permitindo que a rede de captação e distribuição alcance a capilaridade necessária para se chegar até o receptor do produto⁸. Sempre vinculados a algum BLH, os postos de coleta geralmente es-

tão situados em maternidades ou em unidades básicas de saúde. Recente documento⁹ da Rede BLH, Notas Técnicas nº 47, de 2018, estabelece normas para a coleta à beira leito e para o uso, na unidade neonatal, do leite humano ordenhado cru exclusivo para o próprio filho.

Os BLH devem realizar de forma continuada a avaliação do desempenho de suas atividades, por meio dos seguintes indicadores de qualidade: índice de positividade para microrganismos do grupo coliforme e índice de não conformidade para acidez Dornic e descartar leite humano conforme o disposto nessa RDC.⁵ Quanto menores forem esses índices, maior é o controle de qualidade dinâmico interno do serviço de BLH. Índices aceitáveis pela Rede Brasileira para Leite Humano Ordenhado Pasteurizado (LHOP) é < 2% para presença de coliformes e para Leite Humano Ordenhado Cru (LHOC) acidez < 8,0°D^{7,10}. Os indicadores devem ser obtidos segundo a fórmula de cálculo $A/B \times 100$, tanto para Acidez Dornic do LHOC quanto para microrganismos do grupo coliforme do LHOP, na qual a letra A corresponde ao total de amostras que não estão em conformidade e a letra B ao total de amostras analisadas⁵.

Os bancos de leite realizam também o trabalho de lactoengenharia, com base na tecnologia de alimentos, cujo processo vai desde a captação e triagem das doadoras, coleta domiciliar de leite doado, seleção e classificação (controle de qualidade físico-químico) desse leite antes da pasteurização, controle de qualidade microbiológico após o processamento, distribuição e porcionamento para ser administrado aos recém-nascidos prematuros na unidade neonatal. O controle de qualidade é dinâmico em todas as etapas do processo e estático nos controles de qualidade físico-químico e microbiológico, bem como nos pontos críticos de controle (cadeia de frio e pasteurização)^{1,5,10}.

O sistema de controle de qualidade deve conter documentação de boas práticas de manipulação do LHO, programa de controle interno da qualidade, documentado e monitorado. O controle de qualidade do LHOC e do leite humano prematuro (LHP) deve ser realizado conforme preconizado na RDC 171/06 da Anvisa, incluindo programação de medidas corretivas para os indicadores que não estão em conformidade^{5,6,7,10}.

Os receptores são selecionados de acordo com as seguintes indicações: recém-nascido prematuro (RNP) e ou de baixo peso (RNBP) que

não suga; recém-nascido infectado, especialmente com enteroinfecções; imunoterapia com colostro; recém-nascido com deficiências imunológicas; recém-nascido com patologias do trato gastrointestinal; gêmeos e casos excepcionais, mediante justificativa médica^{5,6,7 e 10}.

A seleção do LHP para a distribuição deverá seguir a prescrição médica, com base no estado clínico e necessidades nutricionais da criança, via de administração, presença ou ausência da mãe. A primeira escolha deve ser o leite materno pasteurizado. Tem-se por norma liberar leites com acidez titulável abaixo de 4,0ºD para melhor biodisponibilidade da caseína, cálcio e fósforo. Para os casos de nutrição trófica, recomenda-se o uso de leite materno ordenhado (LMO) ou LHP com baixa caloria (<500Kcal/L), devido ao maior aporte de imunobiológicos e, na fase de ganho ponderal, os leites com maior aporte energético (>700kcal/L)^{5,6,7,10}.

Quando a mãe estiver presente na unidade neonatal, recomenda-se dar preferência ao LMO fresco (ordenha imediata) ou leite materno processado estocado (anterior ou posterior, dependendo da fase de evolução)⁹.

Em 2015, com a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Portaria nº 1130, de 5 de agosto de 2015, a Rede Brasileira de BLH passou a fazer parte do eixo aleitamento materno e alimentação complementar, sendo uma das estratégias de apoio e manutenção da lactação¹¹. Os BLH, portanto, fornecem apoio a puérperas e nutrizes acompanhadas por serviços públicos e privados, procurando solucionar as dificuldades na lactação. Essas nutrizes poderão tornar-se futuras doadoras^{7,10}.

Desde 2017, os BLH passaram a ser certificados por meio de credenciamento anual em categorias A, B e C, quanto à conformidade aos critérios de recursos humanos, equipamentos e capacitação das equipes em processamento e controle de qualidade. A partir de 2018, os centros de referências em BLH começam a participar da Teleinspeção Remota via aplicativo, que posteriormente será estendida aos demais bancos da rede nacional^{12,13}.

Na Rede BLH-Br, em setembro de 2018, estavam cadastradas 410 unidades em funcionamento, sendo 220 BLH e 190 PCLH distribuídos em 27 estados da federação e o Distrito Federal. São Paulo é o estado que possui maior número de bancos (59 em funcionamento) e dois centros de referência, um no interior e outro na capital, cuja função é assessorar a

implantação e a implementação dos BLH/PCLH e capacitar a equipe para desenvolver as atividades da rotina operacional diária desde o cadastro e seleção das doadoras até o processamento e controle de qualidade do LHO, além de promover a distribuição de acordo com as necessidades do receptor em relação à sua fase de desenvolvimento¹².

No Quadro 1 pode-se observar a produção dos BLH em cada estado brasileiro no ano de 2018.

Quadro 1. Volume em litros de leite humano (coletado e distribuído); número de doadoras e de receptores de leite humano nos bancos de leite humano do Brasil, por região e estado da federação (janeiro a dezembro de 2018)

Estado/região	Leite coletado	Leite distribuído	Nº doadoras	Nº receptores	Nº BLH
Distrito Federal	18.904,8	10.414,4	6.046	10.555	15
Goiás	5.081,7	3.689,9	4.776	5.136	5
Mato Grosso	1.952,3	1.129,2	2.263	1.344	3
Mato Grosso do Sul	5.885,4	4.301,0	4.975	7.678	5
Total Centro-Oeste	31.824,2	19.534,5	18.060	24.713	28
Alagoas	1.392,3	1.404,7	1.492	3.620	5
Bahia	3.991,2	3.176,1	6.201	4.133	7
Ceará	9.992,8	7.249,8	10.393	10.822	9
Maranhão	2.782,0	2.112,7	4.450	3.377	4
Paraíba	7.667,7	6.577,8	6.297	10.629	6
Pernambuco	11.309,5	9.999,8	6.318	11.117	11
Piauí	1.474,2	812,4	1.911	1.561	1
Rio Grande do Norte	5.108,7	4.006,2	3.413	6.266	6
Sergipe	4.966,3	4.364,3	3.498	6.176	3
Total Nordeste	48.684,7	39.703,8	43.973	57.701	52
Acre	581,7	480,5	791	602	1
Amapá	2.077,8	922,4	3.963	1.725	1
Amazonas	2.863,7	2.552,0	3.759	4.652	3
Pará	7.136,8	6.200,7	3.555	6.248	4

Estado/região	Leite coletado	Leite distribuído	Nº doadoras	Nº receptores	Nº BLH
Rondônia	771,2	476,1	1.199	673	1
Roraima	1.463,7	1.048,3	1.577	1.785	1
Tocantins	2.748,2	1.910,8	3.100	2.171	3
Total Norte	17.643,1	13.590,8	17.944	17.856	14
Espírito Santo	7.519,5	3.268,4	4.035	2.282	6
Minas Gerais	9.571,2	7.211,6	9.563	5.746	14
Rio de Janeiro	7.627,2	3.905,9	9.471	5.274	18
São Paulo	52.768,3	42.243,3	42.669	35.339	58
Total Sudeste	77.486,2	56.629,2	65.738	48.641	96
Paraná	19.158,6	14.599,6	16.090	11.690	12
Rio Grande do Sul	5.561,3	4.237,6	13.711	14.284	10
Santa Catarina	13.250,3	11.706,2	6.169	9.554	12
Total Sul	37.970,2	30.543,4	35.970	35.528	34
Total Brasil	213.608,4	160.001,7	181.685	184.439	224

Fonte: Fiocruz. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Dados de coleta e distribuição.

Acesso em 25/3/2019. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>

O desenvolvimento dos BLH no Brasil

O trabalho dos Bancos de Leite Humano no Brasil existe há 75 anos. Essa trajetória pode ser dividida em três períodos distintos. No início, de 1943 a 1984, eles foram projetados para atender casos especiais, como prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias a proteínas heteróloga. Havia preocupação apenas com a coleta e a distribuição. De 1985 a 1997, ocorreu a ampliação da forma de atuação, com a incorporação de atividades de promoção, proteção e apoio à amamentação e, a partir de 1998, desenvolveu-se o projeto da Rede Nacional de BLH, cujo modelo instalou um processo de crescimento pautado na construção coletiva de competência técnica nos estados e municípios¹⁴.

Os BLH passaram a integrar a política de saúde pública brasileira desde 1985, com a criação do PNIAM (Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno), e a funcionar também como centros de apoio

à lactação. Em 1988, foi lançado o primeiro documento oficial com as recomendações técnicas para os processos e critérios de elegibilidade de distribuição. Com esse novo modelo os BLH passaram a ser importante estratégia de política governamental em prol da amamentação^{12,15}.

Ainda em 1998, a Secretaria de Políticas de Saúde (Área de Saúde da Criança) do Ministério da Saúde e o Instituto Fernandes Figueira desenvolveram a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano – RNBLH, cuja missão é promover a saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, unidades da federação, municípios, iniciativa privada e sociedade, no âmbito de atuação dos bancos de leite¹⁴. A consolidação da Rede BLH ocorreu combinada com a sua expansão e resultou no reconhecimento internacional pela Organização Mundial da Saúde na 54ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2001, em Genebra, quando recebeu o prêmio Sasakawa⁷. As ações dos bancos de leite no Brasil deixaram de ser simplesmente a coleta de um produto, abraçando também a promoção do aleitamento materno, constituindo-se em importante estratégia de política governamental^{12,15}.

A Rede BLH do Brasil insere-se no sistema nacional de inovação em saúde e firma-se de forma autônoma e sem hierarquia. Os avanços dessa rede foram além dos limites territoriais e a realização de cooperações internacionais teve como objetivo formar multiplicadores para viabilizar a transferência de tecnologia de BLH a outros países¹⁶.

A cooperação internacional em BLH

A Cooperação Técnica Internacional em Bancos de Leite Humano desenvolvida pela Fiocruz e Agência Brasileira de Cooperação ABC (CTIBLH-ABC/Fiocruz), com 15 anos de existência e 32 países envolvidos, originalmente foi voltada para os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e atualmente para a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável^{13,17}.

Em 2005, criou-se a Rede Latino-Americana de BLH, e a partir de 2008 foi instalada na Fiocruz a Secretaria Executiva da Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano, que é a base para o Programa de Apoio Técnico para a Implantação da Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite

Humano, para a troca de conhecimento e tecnologia nas áreas de aleitamento materno e BLH^{12,17}.

Em meados de 2015, com a expansão para os países africanos de língua portuguesa, passou a se chamar Rede Global de BLH, reconhecida no cenário de saúde global e da diplomacia. Atualmente, congrega 332 bancos de leite, sendo 259 na América do Sul, 29 na América Central, 20 no México, 2 na Península Ibérica, e os demais nos países africanos de Língua Portuguesa^{13,17}.

Esse trabalho de cooperação internacional foi ampliado para os países membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) a partir de maio de 2017, tendo como objetivo apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano, contribuindo para a redução da mortalidade infantil¹⁷.

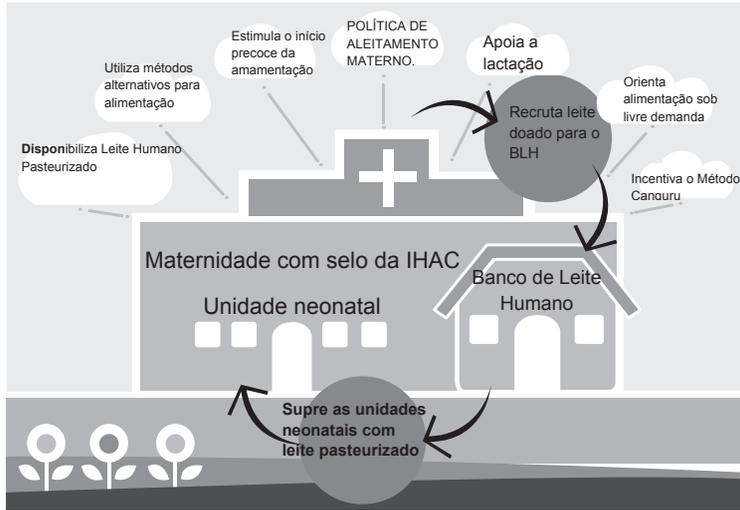
Expansão e diversidade de funcionamento dos BLH no mundo

A rede Europeia de BLH, que também é ampla, reúne 225 bancos de leite, sendo 45% de unidades localizadas na França, Itália e Suécia, e quase 30% na Alemanha, Reino Unido, Noruega e Finlândia¹⁸.

A Rede Norte-Americana de BLH dobrou em apenas cinco anos, havendo 26 bancos em funcionamento e três em andamento¹⁹.

Devido ao potencial de diminuir mortes neonatais a um preço acessível, mesmo para países em desenvolvimento, tem crescido o interesse sobre o tema. Um paradigma estruturante da rede de bancos de leite humano, baseado no modelo brasileiro (Figura 1), tem sido proposto e divulgado por organizações sem fins lucrativos que promovem tecnologias de baixo custo com potencial impacto na redução de mortes infantis²⁰. O trunfo do modelo brasileiro, além dos baixos custos operacionais, é a atividade assistencial do BLH. Em cada unidade da rede existe uma equipe preparada e motivada a apoiar e proteger a amamentação. Sem a promoção do aleitamento materno não parece ser possível aumentar os estoques de leite humano nos BLH de forma ética.

Figura 1. Integração do Banco de Leite Humano a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Adaptado de PATH²¹. Modelo brasileiro.



O PATH (*Program for Appropriate Technology in Health*)^{III}, ONG sem fins lucrativos, recebeu financiamento da Fundação Bill e Melinda Gates, em 2012, para desenvolver estudos e tecnologias sobre BLH, de forma a ampliar o acesso ao leite humano, sobretudo em áreas menos desenvolvidas²⁰. Assim, após entrevistar especialistas no assunto e visitar dezenas de bancos de leite em todo o mundo, com diferentes modelos de funcionamento, a organização lançou uma publicação com recomendações específicas para alavancar as redes de banco de leite humano em todo o mundo. Para estimular a construção sólida de uma rede de bancos de leite humano capaz de entregar um produto de altíssimo valor nutricional e biológico, de forma segura, sugere-se como princípios: 1) a segurança; 2) a qualidade; 3) o compartilhamento de informação entre os componentes da rede de trabalho; 4) a conscientização da necessidade de promover e advogar a favor do aleitamento materno e, por fim, 5) a sustentabilidade.

Não existem diretrizes internacionais que padronizem o método de processamento de leite humano doado. Via de regra, utiliza-se a pasteu-

III www.path.org

rização de Holder como método para conservar o leite (exceto a Noruega, que não pasteuriza leite antes de distribuí-lo)^{20,21}.

Na pasteurização de Holder o leite é aquecido em banho-maria a uma temperatura de 62,5°C por 30 minutos, sendo resfriado a 5°C logo a seguir^{21,22}. Esse procedimento garante a eliminação de todos os germes patogênicos e permite a sobrevivência de apenas 0,01% de organismos saprófitos do leite humano. Portanto, a pasteurização não esteriliza o leite.

No modelo europeu, influenciado pela tradição dos bancos franceses, realizam-se testes bacteriológicos antes e após a pasteurização^{22,23} (descartam o lote quando o crescimento bacteriano está acima de 10⁵ para flora aeróbica total); trabalham com *pool* de leite doado e os lotes de leite pasteurizado são testados por critérios de amostragem^{IV}.

A lactoengenharia desenvolvida pela rede brasileira de leite humano considera-o um alimento funcional e isso traz repercussões no controle de qualidade do modelo utilizado. No Brasil, evita-se a mistura de amostras de leite de doadoras diferentes e os testes de controle microbiológico são realizados em cada frasco do lote e não por amostragem. O teste pré-pasteurização é físico-químico (acidez Dornic - acima de 8,0°D o leite é descartado)²⁴ e o teste pós-pasteurização detecta a presença de coliformes totais, não importando a quantidade de colônias ou o germe. Se houver crescimento de coliformes fecais, o leite deve ser descartado²⁵.

Questões culturais e religiosas podem dificultar o crescimento da rede de banco de leite humano pelo mundo. Em países muçulmanos há a crença de que “irmãos de leite” estabelecem vínculos fraternos que impediriam inclusive relações afetivas ou conjugais no futuro. A despeito disso, recentemente um banco de leite foi aberto na Turquia, mas para funcionar ele precisa assegurar que não haverá *pool* de doadoras e deve garantir que as famílias doadora e receptora se conheçam. Assim, doador e receptor serão “irmãos de leite” e o casamento entre membros dessas famílias estará proibido^{26,27}.

Ainda sobre o crescimento da rede de bancos de leite humano no mundo, deve-se discutir a questão ética intrinsecamente relacionada

IV No Brasil, o *pool* somente pode ser efetuado com amostras consideradas próprias para consumo nos testes de seleção e classificação aplicados ao produto cru (Brasil, 2008)¹.

com o aspecto da doação de leite. Há países que permitem a venda do leite humano. Nos Estados Unidos, por exemplo, há *sites* que recrutam doadoras para produzir fortificantes maternos a partir do leite humano ordenhado, oferecendo um dólar para cada 30 ml de leite doados (<http://www.prolacta.com/find-a-milk-bank>).

No Brasil, a venda de leite humano é proibida, bem como a amamentação cruzada, duas medidas simples que protegem o recém-nascido e podem ter o impacto de fortalecer as redes de banco de leite humano no mundo.

Em *sites* do tipo *onthebreast.com* é possível, após cadastro, realizar compra, venda ou simples compartilhamento de leite materno. Embora o *site* recomende a pasteurização antes de oferecer esse leite à criança, não há qualquer rastreio das mães e, portanto, a criança pode ser exposta a doenças infectocontagiosas transmitidas verticalmente, como o HTLV, o HIV, a Hepatite B, o CMV, entre outros.

Na contramão do modelo brasileiro, a ABM (*Academy of Breastfeeding Medicine*), na tentativa de minimizar danos, preocupada com a prática crescente de compartilhamento de leite humano, mesmo pela internet, postulou regras para o manuseio doméstico desse tipo de leite²⁸. Em nosso país o compartilhamento de leite é proibido, bem como sua pasteurização domiciliar.

Os bancos de leite membros da Rede Norte-Americana de Bancos de Leite Humano cobram um preço simbólico ao receptor da doação, apenas para cobrir parcialmente os custos do rastreio da doadora e do processamento do leite. As doadoras assinam termo em que dão ciência de que não receberão nada em troca pela doação, que é feita exclusivamente com o fim de alimentar um lactente ou para realizar pesquisa científica com o leite humano²⁹. Não há lucro.

No modelo brasileiro, o leite humano é completamente gratuito; nem o custo do processamento é repassado ao receptor. É uma das esferas do governo (federal, estadual ou municipal) que assume a compra dos insumos necessários para ocorrer a pasteurização e paga os funcionários envolvidos nas atividades de processamento ou assistência.

O terceiro modelo de financiamento para os bancos de leite, aqueles com fins lucrativos, as unidades compram leite humano doado e o

vendem pasteurizado, com fins lucrativos. Isso tem gerado a discussão de questões éticas importantes. Assim, refere Jones²⁹ a respeito:

“Neste cenário, o leite torna-se uma mercadoria usada para gerar renda para os investidores. Se o banco com fins lucrativos está contatando as mulheres diretamente ou através de *sites* que são pagos pelo leite que eles coletam, há uma grande chance de a mãe se sentir pressionada em prover um volume específico de leite, a despeito das necessidades de seu próprio filho.”

Evidências científicas e lacunas de conhecimento sobre a utilização de leite de BLH para prematuros

As evidências científicas sobre os benefícios do aleitamento materno tanto para as crianças quanto para as mães, apresentadas no Capítulo 2, são incontestáveis. Mesmo para os recém-nascidos prematuros há evidências robustas sobre os benefícios de uma alimentação com leite materno, conforme abordado no Capítulo 6.

Desde 2012 a Academia Americana de Pediatria³⁰ recomenda o leite da própria mãe como o melhor alimento para o seu filho prematuro e na sua ausência, o leite do banco de leite. Em 2017, confirmou-se a importância do neonato de muito baixo peso ter acesso ao LHOP²⁹. Entre as principais questões apontadas nesse documento, destaca-se a garantia da oferta de um produto seguro pelo BLH, visto que até o presente momento não há na literatura casos reportados de LHOP causando hepatite ou HIV. Pelo contrário, mesmo diante de temidas epidemias modernas, é possível garantir que a pasteurização elimina o vírus Ebola³¹, o Zika vírus³² e os retrovírus³³, entre outros.

O uso de leite humano cru, no entanto, ainda é motivo de controvérsia. Documento do Departamento Científico de Aleitamento Materno da SBP³⁴ ajuíza os riscos do uso de leite cru em RN extremos, menores de 1.000 g, ao mesmo tempo em que alerta para o perigo de se impedir o uso do leite cru desnecessariamente, ainda mais em um grupo com marcada urgência imunológica.

Mussi e colaboradores detectaram uma chance de reativação de CMV entre pré-termos de 23-26 semanas de idade gestacional quando lhes

era dado leite ordenhado cru³⁵. Após extensa revisão da literatura, Picaud e colaboradores recomendaram o uso de leite pasteurizado, de forma rotineira, para garantir a segurança virológica e bacteriana a esses bebês³⁶.

Embora a pasteurização cause transformações no leite, como a destruição de neutrófilos, e diminua de forma variada diversos componentes anti-infecciosos, como a IgA e a lactoferrina, o leite humano doado mantém vantagens quando comparado com a fórmula infantil^{37,38}.

A pasteurização de Holder é o método mais seguro para pasteurizar o leite humano. Estão sendo estudados novos métodos que permitam melhor preservação dos componentes anti-infecciosos do LH ou máxima conservação desses componentes e de seus nutrientes³⁹⁻⁴¹. Já se fala em pasteurização ultrarrápida do LH (a pasteurização se dá a uma temperatura de 72° C por apenas 5-15 segundos), porém a ausência de comercialização de equipamentos ainda é um fator limitante à sua expansão. O processamento de alta pressão (HPP) mantém mais IgA, é mais rápido e possivelmente mais conveniente do que a pasteurização, mas ainda são necessários mais estudos⁴².

O problema fundamental associado ao uso de leite humano de BLH é o crescimento mais lento dos recém-nascidos. O conteúdo nutricional do leite pasteurizado é geralmente inferior ao conteúdo nutricional do leite cru da própria mãe⁴³. Basicamente, a doadora de leite humano geralmente deu à luz um recém-nascido a termo saudável, o que determina nutrientes em quantidade necessária para o crescimento desses lactentes e não de prematuros doentes. Segundo a literatura, essa diferença precisa ser compensada com fortificação⁴⁴⁻⁴⁶. A aditivção precoce do leite humano, tanto para o leite cru quanto o pasteurizado, tem sido indicada para reduzir o déficit de energia e proteína presente nas primeiras semanas de vida dos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP). Parece haver vantagens de curto prazo no crescimento de prematuros extremos, quando alimentados com leite de banco ou da própria mãe fortificados com aditivos que utilizam a proteína homóloga do leite humano^{47,48}, mas seu efeito sobre o tempo de permanência hospitalar, sobre a intolerância alimentar e a enterocolite necrosante são incertos. Também não há evidências a respeito dos efeitos da alimentação com leite humano aditivado com respeito a desfechos cognitivos, metabólicos e mesmo de crescimento no longo prazo^{49,50}.

Recentemente, um grupo de pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, câmpus de Ribeirão Preto, em conjunto com o Centro de Referência de BLH do interior, elaborou um concentrado liofilizado para ser acrescido ao LH doado para alimentação RNMBP. O concentrado com LH liofilizado traz benefícios para o recém-nascido, principalmente pela preservação de substâncias bioativas e nutrientes presentes apenas no LH, mas outros estudos clínicos ainda precisam ser realizados segundo Camelo Jr e colaboradores^{51,52}.

Considerações finais

Cuidar de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, à luz da ciência, exige esforço da equipe para oferecer o que há de melhor em termos de cuidados neonatais. No campo nutricional, oferecer leite da própria mãe ou leite do banco de leite humano é a melhor opção para diminuir mortalidade e morbidade nesse grupo tão vulnerável de neonatos.

Contudo, como toda terapêutica, há que se conhecer o produto de um BLH, que difere em vários aspectos do leite da própria mãe. O manejo clínico do crescimento do RNMBP, a depender de suas características, poderá exigir aditivação do leite de banco de forma individualizada. Alimentação segura para esses pequeninos passou a ser um direito e isso se reflete nas questões éticas que devem ser debatidas por todos os profissionais de saúde.

Existem lacunas em pesquisas sobre o leite humano de BLH brasileiros relacionadas à prática clínica das unidades neonatais. Questões como evolução ponderal, tempo de internação, taxa de infecção, tipo de alimentação e taxa de AME na alta precisam ser exploradas em trabalhos bem-desenhados que demonstrem as particularidades de nossa rede. Ainda, para aqueles RNPTMBP que foram alimentados com leite da própria mãe, como se comportou o perfil de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina das primeiras 4-6 semanas de vida? Há correlação com os níveis séricos maternos ou aporte proteico dos leites das mães de RNPTMBP? Suplementar a dieta dessas mães com lipídeos de cadeia longa melhora o prognóstico neurológico desses recém-nascidos?

O Brasil, como celeiro da maior rede nacional de bancos de leite humano, tem o desafio de continuar desenvolvendo uma lactoengenharia que permita um padrão nutricional seguro e completo ao recém-nascido prematuro para seu pleno crescimento e desenvolvimento.

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos [internet]. Brasília (DF): Anvisa; 2008 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>
2. Moro GE. Clinical aspects of human milk history of milk banking : from origin to present time. 2018;13:16-7.
3. Almeida JAG, Gomes R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rev Latino-Am.Enfermagem [internet] 1998. [acesso em 30 jul 2019];6(3):71-76. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6318/1/AMAMENTA%C3%87%C3%83O-%20UM%20H%C3%84BRIDO%20NATUREZA-CULTURA.pdf>
4. DeMarchis A, Israel-Ballard K, Mansen KA, Engmann C. Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care. J. Perinatol. 2016;37:1-6.
5. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC n. 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. (Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 5 de setembro de 2006).
6. Gomes F, Afonso C, de Almeida MDV. Bancos de leite humano: contextualização e relevância. Portugal: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade de Porto, 2008. Trabalho de Conclusão do Curso de Ciências da Nutrição.
7. Almeida JA, Guilherme JP, Mattar MJG. Banco de leite humano. 3. ed. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. Barueri: Manole; 2013.
8. Maia PRS. Brazilian human milk banks network: numbers in december 2013 and the 'Survey of Italian Human Milk Banks'. J. Hum. Lact. 2016;32.

9. Ministério da Saúde (BR). Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano. Uso do leite humano cru exclusivo em ambiente neonatal. 2018; V. 1, N.47.
10. Mattar MJG. Banco de Leite Humano. In Segre CAM, Costa HPF, Lippi UG, coordenadores. Perinatologia fundamentos e prática. 3. ed. São Paulo: Sarvier; 2015. p.795-811.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
12. Maia PRDS, Novak FR., Almeida JAGD, Silva DAD. Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(6):1700-08.
13. FIOCRUZ. Rblh Brasil: agenda 2030 [internet]. Rio de Janeiro: 2017 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: <http://rblh.fiocruz>
14. Maia PRDS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede nacional de bancos de leite humano: gênese e evolução Human Milk Banks National Network: genesis and evolution. Rev. Bras. Saude Matern. Infant. 2006;6:285-92.
15. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim da Rede de Banco de Leite Humano. Setenta Anos de Banco de Leite Humano No 171; 2017.
16. Pittas TM, Dri CF. O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite humano. Cien. Saude Colet. 2017;22:2277-86.
17. Fundação Oswaldo Cruz. A Criação da Rede de Bancos de Leite Humano da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa [internet]. Séries Documentos. Rio de Janeiro: 2017 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: <http://rblh.fiocruz.br>
18. European Milk Bank Association - Emba [internet]. Milano: Emba [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: <http://europeanmilkbanking.com/>
19. Human Milk Banking Association of North America - Hmbana [internet]. Texas: Hmbana [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: <https://www.hmbana.org/>
20. Gates M. Strengthening Human Milk Banking: a global implementation framework. Initiat. Path; 2013.

21. Haiden N, Ziegler EE. Human Milk Banking. *Ann. Nutr. Metab.* 2017;69:8–15.
22. Picaud JC, Buffin R. Human milk: treatment and quality of banked human milk. *Clin. Perinatol.* 2017;44:95–119.
23. Weaver GA al. Recommendations for the establishment and operation of human milk banks in Europe: a consensus statement from the European Milk Bank Association - Emba. *Frontiers in Pediatrics.* 2019;7:53.
24. Novak FR, Cordeiro DMB. The correlation between aerobic mesophilic microorganism counts and Dornic acidity in expressed human breastmilk. *J. Pediatr. (Rio. J).* 2007;83:87–91.
25. Novak FR *et al.* Teste alternativo para detecção de coliformes em leite humano ordenhado. *J Pediatr (Rio J).* 2002;78(3):587-91.
26. Ozdemir R *et al.* Human milk banking and milk kinship: perspectives of religious officers in a Muslim country. *J. Perinatol.* 2015;35:137–41.
27. Eksioğlu A, Yeşil Yeşim, Turfan EÇ. Mothers' views of milk banking: sample of İzmir. *Turkish Archives of Pediatrics.* 2015;50(2):83.
28. Sriraman NK, Evans AE, Lawrence R, Noble L. Academy of Breastfeeding Medicine's 2017. Position Statement on Informal Breast Milk Sharing for the Term Healthy Infant. *Breastfeed. Med.* 2018;3:2–4.
29. Committee on Nutrition *et al.* Donor Human Milk for the High-Risk Infant: Preparation, Safety, and Usage Options in the United States. *Pediatrics,* 2017;139(1).
30. Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeeding medicine.* 2012;7(5):323-4.
31. Spence EH *et al.* Ebola Virus and Marburg Virus in Human Milk Are Inactivated by Holder Pasteurization. *J. Hum. Lact.* 2017;33:351–4.
32. Pfaender S *et al.* Inactivation of Zika virus in human breast milk by prolonged storage or pasteurization. *Virus Res.* 2017;228:58–60.
33. Bertino E *et al.* New perspectives in human milk banks. *J. Pediatr. Neonatal Individ. Med.* 2015;4:e040222.
34. Sbp – Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de atualização. Departamento Científico de Aleitamento Materno. Doenças Maternas Infeciosas e Amamentação. 2017; 2.

35. Martins-Celini F, Yamamoto A. Incidence, Risk Factors, and Morbidity of Acquired Postnatal Cytomegalovirus Infection Among Preterm Infants Fed Maternal Milk in a Highly Seropositive Population. *Clin. Infect.* 2016;63(7):929-36 .
36. Picaud J. Review concludes that specific recommendations are needed to harmonise the provision of fresh mother's milk to their preterm infants. *Acta Paediatr.* 2018;107:1145-55.
37. Quigley M, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018. Doi: 10.1002/14651858.CD002971.pub4.
38. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition -Espghan. Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2013;57:535-42.
39. Christen L, Lai CT, Hartmann B, Hartmann PE, Geddes DT. Ultraviolet-C Irradiation: a novel pasteurization method for donor human milk. 2013;8(6):e68120.
40. Terpstra FG. Antimicrobial and Antiviral Effect of High-Temperature Short -Time - HTST. Pasteurization Applied to Human Milk. *Breastfeeding Medicine.* 2007; 2(1).
41. Christen L, Lai CT, Hartmann B, Hartmann PE, Geddes DT. The effect of UV-C pasteurization on bacteriostatic properties and immunological proteins of donor human milk. 2013;8(6):e85867.
42. Permanyer M, Castellote C, Ramírez-Santana C. Maintenance of breast milk immunoglobulin a after high-pressure processing. *J. dairy.* 2010;93(3):877-83.
43. de Halleux V, Pieltain C, Senterre T, Rigo J. Use of donor milk in the neonatal intensive care unit. *Semin. Fetal Neonatal Med.* 2017;22:23-9.
44. Picaud J-C. Additional protein fortification is necessary in extremely low-birth-weight infants fed human milk. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2016;63:103-5.
45. McLeod G. Comparing different methods of human breast milk fortification using measured v. assumed macronutrient composition to target reference growth: a randomised controlled trial. *Br. J. Nutr.* 2016;115:431-9.

46. Adamkin D, Radmacher P. Fortification of human milk in very low birth weight infants. *Clin. Perinatol.* 2014;41(2):405-21.
47. Cristofalo EA. Randomized trial of exclusive human milk versus preterm formula diets in extremely premature infants. *J. Pediatr.* 2013;163:1592-95.
48. Sullivan S. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J. Pediatr.* 2010;156:562-7.
49. O'Connor DL, Gibbins, S Effect of supplemental donor human milk compared with preterm formula on neurodevelopment of very low-birth-weight infants at 18 months: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316:1897-905.
50. Harding JE, Cormack BE, Alexander T, Alsweiler JM, Bloomfield FH. Advances in nutrition of the newborn infant. *Lancet.* 2017;389:1660-8.
51. Bomfim VS, Jord AA, Alves LG, Martinez FE, Camelo S. Human milk enriched with human milk lyophilisate for feeding very low birth weight preterm infants : a preclinical experimental study focusing on fatty acid profile. 2018;13(9): e0202794.
52. Oliveira MM, Aragon DC, Bomfim VS, Trevilato TMB, Alves LG, Heck AR, *et al.* Development of a human milk concentrate with human milk lyophilizate for feeding very low birth weight preterm infants: A preclinical experimental study. 2019;14(2):e0210999.

Promoção do aleitamento materno na Atenção Primária em Saúde: evidências sobre efetividade e experiência brasileira

Paulo Germano de Frias^I
Lygia Carmen de Moraes Vanderlei^{II}
Mariana Oliveira de Alencar Ramalho^{III}
Vilma Costa de Macêdo^{IV}

Introdução

A priorização da criança nas políticas públicas é consensual entre as diretrizes governamentais da maioria dos países do mundo, independentemente de seu nível de desenvolvimento social ou das características de seu sistema político-econômico¹. Os investimentos na criança, em particular durante a primeira infância, são uma das melhores estratégias de redução das desigualdades em saúde, pela possibilidade de ruptura com o ciclo de pobreza, criando uma sociedade mais justa e com condições ambientais sustentáveis². Uma vez que a saúde é uma das dimensões mais integrais da qualidade de vida do ser humano, o compromisso do Estado e da socieda-

-
- I Paulo Germano de Frias (pfrias@imip.org.br) é médico; Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente; Pesquisador do Grupo de Estudos de Avaliação em Saúde (GEAS) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figuera (IMIP); Pediatra sanitaria da Secretaria de Saúde do Recife.
- II Lygia Carmen de Moraes Vanderlei (lygiacarmen@imip.org.br) é médica; Doutora em Saúde Pública; coordenadora do CEP/IMIP; editora científica da RBSMI e docente/pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde do IMIP.
- III Mariana Oliveira de Alencar Ramalho (mariramalho_24@hotmail.com) é enfermeira; Doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente pelo PPGSCA/ UFPE; Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente; Enfermeira Assistencial da Secretaria de Saúde de Pernambuco.
- IV Vilma Costa de Macêdo (vilmacmacedo@hotmail.com) é enfermeira; Sanitarista; Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente; Mestre em Saúde Pública; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

de para com suas crianças deve ser traduzido em políticas públicas aplicadas que aumentem o acesso a bens e serviços básicos³.

Em que pese o interesse das nações para garantir proteção, promoção e manutenção da saúde infantil, a magnitude do adoecimento e da mortalidade nesse grupo populacional persiste elevada como consequência da situação de exclusão social em que vive grande parte da população mundial^{4,5}. As condições de adversidade do ambiente afetam particularmente as crianças, pela imaturidade imunológica associada ao desafio do aprendizado de convivência com as agressões do mundo vivo que as circunda⁶. A formação de indivíduos saudáveis, produtivos e socialmente adaptados somente pode ser garantida com o estabelecimento e consolidação dos vínculos mãe-bebê, em especial nos primeiros anos de vida, momento de maior plasticidade cerebral, em que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo⁷.

O aconselhamento pré-concepcional, a atenção pré-natal adequada ao longo da gravidez, o parto e nascimento humanizados e um ambiente favorável à vida ao longo da primeira infância constituem oportunidades de vivências e aprendizados para a mulher, família e, em particular, para a criança⁸. Esses momentos, em especial os primeiros mil dias, da concepção ao segundo ano de vida da criança, têm impacto expressivo no desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e cultural^{7,9}.

A atenção pré-natal adequada resulta, em geral, na prevenção de desfechos maternos e perinatais negativos e possibilita o aconselhamento em relação às boas práticas ao longo da gravidez, parto e nascimento para a díade mãe-bebê, contribuindo para a conformação de vínculos estendidos à família e aos profissionais das unidades básicas de saúde.

Em continuação, o encontro mãe-bebê imediatamente após o nascimento a partir do contato pele a pele é um momento único em que os vínculos são fortalecidos e o aleitamento materno pode ser incentivado com o oferecimento de ajuda à mulher para identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, potencializando o aconselhamento pré-natal¹⁰⁻¹³. O apoio no pré-parto e parto pela equipe e a presença de acompanhante à escolha da mulher ajudam no trabalho de parto e, em geral, em decorrência do não uso excessivo de medicamentos, viabiliza maior responsividade dos recém-nascidos com melhores

condições para iniciar o aleitamento materno^{13,14}. Nesses instantes, a mãe e seu bebê precisam de uma atmosfera calorosa, tranquilizante e com o conforto térmico para se sentirem cuidados.

Evidências sobre a efetividade de ações de aleitamento materno na atenção primária

Os resultados de revisões sistemáticas continuam confirmando que todas as formas de apoio adicional ao aleitamento materno têm impacto positivo sobre a amamentação, reduzindo o risco de interrupção tanto para o aleitamento materno exclusivo quanto para o parcial. O apoio efetivo ao aleitamento materno tem como características: a) ser oferecido de rotina, por pessoas treinadas, durante a gestação ou no pós-parto; b) incluir visitas pré-agendadas para que as mulheres possam saber antecipadamente quando o apoio estará disponível; c) ser adaptado às necessidades locais e do grupo populacional; d) ter maior probabilidade de sucesso com estratégias em locais com altas taxas de mulheres que iniciaram a amamentação e dependam principalmente do apoio presencial, tendo mais chance de êxito para mães que praticam amamentação exclusiva; e) ser oferecido por profissionais, por leigos ou outras mães apoiadoras, ou uma combinação de ambos. Os resultados não se mostraram eficazes quando o suporte é oferecido apenas na dependência da solicitação das mulheres^{15,16}. A instituição de protocolos clínicos na atenção primária pediátrica também desempenha um importante efeito nos resultados do aleitamento¹⁷.

Intervenções direcionadas à educação profissional e materna e ao apoio à confiança materna são efetivas na melhora do aleitamento¹⁸. A atuação de consultores e conselheiros de lactação nos programas governamentais de educação e apoio à amamentação exclusiva na atenção primária afetam positivamente o início da amamentação, o aleitamento materno exclusivo e a manutenção de quaisquer taxas de amamentação. Entretanto, são necessários estudos para investigar o momento ideal e a frequência desse apoio, se as visitas domiciliares ou contatos de vídeo/telefone são a melhor maneira de esses profissionais atuarem, bem como avaliar os efeitos dessa intervenção em populações de alto risco, como lactentes nas unidades neonatais de terapia intensiva¹⁹.

As evidências atualizadas de boa qualidade confirmam que intervenções da atenção primária no apoio ao aleitamento materno e a educação oferecida por profissionais e pares às mulheres individualmente, independentemente da idade da mãe, estão associados a um aumento na duração da amamentação exclusiva ou qualquer tipo de amamentação. Entretanto, estudos que examinaram a eficácia no nível das políticas e práticas sobre as taxas de amamentação, bem como sobre a saúde infantil, foram limitados e não foram encontrados estudos sobre os efeitos na saúde materna²⁰.

Por outro lado, estudo em países desenvolvidos, com população de alta renda, para avaliar a eficácia da educação sobre aleitamento materno no pré-natal, demonstrou não haver evidências conclusivas que apoiem esse tipo de intervenção para melhorar o início da amamentação, a proporção de mulheres em aleitamento materno exclusivo ou qualquer tipo de amamentação por três ou seis meses ou a duração do aleitamento²¹.

Os programas governamentais estruturados de apoio à amamentação exclusiva na atenção primária mostram evidências de melhoria na iniciação da amamentação e impacto na duração do aleitamento materno exclusivo e de qualquer amamentação até 6 meses, em comparação aos não estruturados²². Estudo brasileiro que avaliou uma intervenção estruturada na atenção primária denominada Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação demonstrou uma associação direta dessa com a prevalência de aleitamento materno exclusivo e com a satisfação da clientela²³.

Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: a contribuição da atenção primária em saúde

Apesar dos inúmeros benefícios da amamentação, nem sempre é fácil para as mulheres e famílias aderir e mantê-la conforme o preconizado, exclusiva nos primeiros seis meses de vida e continuada até os dois anos de vida ou mais^{10,24,25}. A prática da amamentação e o desmame são o reflexo da conjunção da determinação biológica e o condicionamento sociocultural, econômico e político. O saber geracional relacionado à ama-

mentação e à alimentação dos lactentes, ato regulável pela sociedade, foi dirimido e mediado durante muitos anos por interesses relacionados à modulação comportamental e às chances para obtenção de lucros a partir do consumo, por meio do marketing da indústria de alimentos infantis, frequentemente interposto por profissionais de saúde^{24,26}.

O êxito das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil foi documentado por meio de inquéritos de base populacional e de abrangência nacional nas últimas três décadas²⁷⁻²⁹, conforme apresentado no Capítulo 3 desse livro. O Brasil se notabilizou pelo conjunto de intervenções construídas desde o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno lançado em 1981, que sequencialmente foi incorporando e aperfeiçoando ações direcionadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no âmbito individual, coletivo e programático²⁵. Tais iniciativas, sistematizadas ao longo dos anos, previram ações em todos os níveis de assistência, do domiciliar e comunitário ao terciário, coordenado nacionalmente pelo Ministério da Saúde^{30,31}.

A proposição de organização da política nacional parte de uma linha do cuidado operada nos territórios com o intento de favorecer à atenção integral com o acolhimento às necessidades das mulheres e suas famílias, independentemente dos lócus em que as ações são desenvolvidas, da visita domiciliar às unidades terciárias, sob a coordenação da atenção primária³¹.

A atenção primária é particularmente cara à Política Nacional como ordenadora do cuidado a mulheres e crianças e porta de entrada preferencial no sistema de saúde, constituindo-se como potente fomentadora das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno pela compreensão dos profissionais que atuam nesse nível de atenção sobre as condições socioambientais e familiares³¹.

Nesse âmbito, em particular, busca-se fortalecer as equipes para o protagonismo na edificação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, com adequado acolhimento, fortalecimento de vínculos e comprometimento com o cuidado às mulheres, crianças e famílias sob sua responsabilidade³¹. Essas iniciativas tornaram-se especialmente relevantes ao se observar que, com a instituição da obrigatoriedade do alojamento conjunto e a adesão

de algumas maternidades à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o início do aleitamento materno nas primeiras horas no ambiente hospitalar foi ampliado progressivamente, entretanto, descontinuado precocemente no pós-alta pela falta de orientações e acompanhamento adequado das mães nas comunidades¹³.

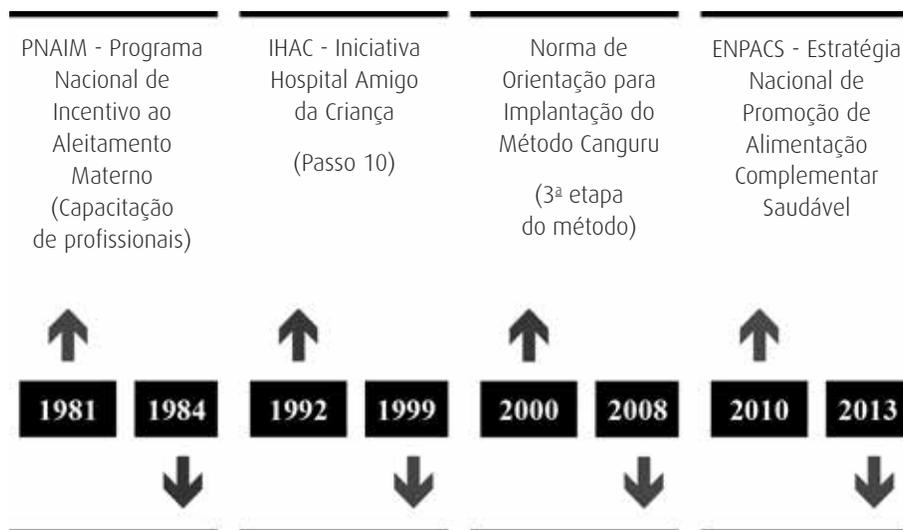
A alta hospitalar pós-parto precoce sem que a lactação esteja bem estabelecida, sem que a puérpera tenha se adaptado ao seu rebento e assimilado as orientações da equipe, repercutem negativamente no aleitamento materno. Os primeiros dias após o nascimento são decisivos para o início e manutenção da lactação³². O período puerperal requer um grande esforço da mãe para observar e aprender a satisfazer as necessidades de seu filho, no momento em que dúvidas, insegurança e conflitos afloram, em meio à labilidade emocional, por vezes, reconhecida por disforia puerperal, que acomete entre 50 a 85% das mulheres. Em geral, o suporte emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê são suficientes para superar essa fase³³. O estabelecimento da amamentação, em geral, será exitoso se a mãe entender o puerpério como um período de adaptação e que necessita de apoio e atenção do companheiro e família e esses corresponderem, além dos serviços de saúde se constituir como mediadores para o aconselhamento e resolução de possíveis dificuldades³².

Em decorrência, as intervenções de promoção e apoio à amamentação, cujos lócus são as unidades básicas de saúde, as visitas domiciliares, entre outros espaços comunitários, foram conformadas e aperfeiçoadas sucessivamente^{23,34}. O entendimento quanto à necessidade da atenção longitudinal e continuada às mulheres durante a gestação e da díade mãe-bebê no pós-natal implicou iniciativas locais para configuração de serviços de saúde promotores e apoiadores do aleitamento materno, induzidas pelo Ministério da Saúde e articulados em redes de atenção materno infantil^{23,31}.

A linha do tempo entre as décadas de 1980 e 2017, sintetizada na Figura 1, expressa o aprendizado brasileiro com intervenções primordiais que se atualizam constantemente e contribuem com esse nível de atenção e o articula aos demais, em sintonia com outras ações da Política Nacional^{31,35}. Em adição, a Rede Brasileira de Banco de Leite Humano legitimou-se como instância única de retaguarda às ações de promoção e apoio ao aleitamento materno para a atenção primária e

na oferta de leite humano de qualidade às crianças internadas em unidades neonatais e impossibilitadas de sugar todo o leite materno de que necessitam^{31,36}.

Figura 1. Linha do tempo, síntese de ações de aleitamento materno relacionadas à Atenção Primária em Saúde no Brasil, 2018



Desde 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), entre outras ações, privilegiou a capacitação dos profissionais, o que ampliou a projeção da importância do incentivo ao aleitamento materno e o seu papel para a sociedade brasileira em um cenário adverso de acelerada redução da amamentação²⁶. Na mesma década, a incorporação da ação programática relacionada ao incentivo ao aleitamento materno ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), disseminada pelo país com processos formativos consistentes, fertilizou a compreensão quanto à importância do trabalhador para o fomento da prática³⁷.

No início dos anos 1990, a adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC favoreceu a responsabilização das maternidades como indutoras, promotoras e apoiadoras do bom início da amamentação e

incluiu nos passos 3 e 10, respectivamente, a orientação e o apoio durante a atenção pré-natal e o encaminhamento das mães após a saída da maternidade para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade e serviços básicos de saúde^{10,38}. No mesmo período, as primeiras experiências brasileiras relacionadas ao Método Canguru favoreceram o aleitamento materno de recém-nascidos de baixo peso e prematuros durante o período de hospitalização e após a alta por meio de seguimento ambulatorial e visitas domiciliares, correspondendo à terceira etapa do método³⁹.

Reconhecendo o amplo espectro de ações coletivas e individuais relacionadas ao aleitamento materno na atenção primária e a sua vinculação a outros níveis de atenção para viabilizar a continuidade do cuidado, atividades isoladas desenvolvidas no país foram sistematizadas e conformaram uma intervenção estruturada no final da década de 1990^{23,40}. A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), pioneira no Brasil e no mundo, desenvolvida no Rio de Janeiro, definiu um conjunto de procedimentos e estratégias promotoras do aleitamento identificadas a partir de revisão sistemática e que foram organizadas em “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, contemplando aspectos estruturais e de processo, à semelhança da IHAC^{40,41}. Esses Dez Passos levaram em consideração as intervenções efetivas para as fases do pré-natal e de acompanhamento da díade mãe-bebê em estender a duração da amamentação^{23,42}.

O Quadro 1 mostra a IUBAAM, entre outras iniciativas brasileiras relevantes para promoção e apoio ao aleitamento materno na atenção primária, com seus objetivos e critérios para certificação. A IUBAAM fomentou as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mediante a mobilização da atenção primária, como um prolongamento àquelas intervenções iniciadas no âmbito hospitalar por meio da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e do Banco de Leite Humano, a fim de garantir a manutenção do aleitamento materno pós-alta⁴².

O investimento não se limitou às unidades de saúde da família, abarcando centros, postos de saúde e policlínicas, com o intento de tornar o aleitamento materno uma prática universal por intermédio de ca-

pacitações, implementação de normas e orientações para os profissionais desse nível de atenção, consoantes com as oportunizadas nas maternidades⁴². Adicionalmente, além da produção de conteúdos e método para as capacitações, construídas por equipe de especialistas, foi elaborado um método de avaliação para a certificação das unidades de saúde como “Unidade Básica Amiga da Amamentação”.

A avaliação conferia a observância dos Dez Passos adotando múltiplas técnicas, tais como análise de documentos, entrevista com gestores, profissionais de saúde do serviço, gestantes e mães de crianças menores de um ano assistidas na unidade e observação dos serviços de pré-natal e pediatria, sendo certificadas as que cumpriam o preconizado⁴⁰. A primeira unidade foi certificada na IUBAAM, em 2001, pertencendo à estratégia de saúde da família situada em Volta Redonda e, em 2005, a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro regulamentou a iniciativa⁴².

Estudos conduzidos no Rio de Janeiro mostram o êxito da intervenção conduzida na atenção primária ao identificarem que quanto maior o grau de implantação, maior a prevalência do aleitamento materno exclusivo, e que crianças acompanhadas em unidades certificadas apresentavam prevalência 19% maior em relação às não acompanhadas^{42,43}. Mesmo anteriormente ao conhecimento dos resultados apresentados, a IUBAAM ensejou iniciativas similares em outros estados brasileiros, nominados ou não de forma igual, constituindo uma referência para o país.

A partir do ano de 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Amamenta Brasil, estratégia de caráter nacional direcionada à atenção primária para a promoção, proteção e apoio à amamentação. A Rede Amamenta Brasil, em consonância com pactos nacionais e internacionais, buscava contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil por meio do aumento dos índices de aleitamento materno^{44,45}. A estratégia propunha privilegiar o desenvolvimento de competências dos profissionais da atenção primária para que adotassem rotinas integralizadoras e protagonizassem mudanças ao favorecer a discussão sobre a prática do aleitamento materno no contexto do processo de trabalho das unidades, por meio de consenso sobre as ações necessárias e compatíveis com a realidade local⁴⁶.

Quadro 1. Estratégias de Promoção do Aleitamento Materno na Atenção Primária à Saúde no Brasil, objetivos e critérios para credenciamento

Estratégia	Objetivo	Critérios para certificação
Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação - IUBAAM	Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno nas unidades básicas de saúde	<p>“Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica à Saúde”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde; 2. Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3. Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada até os dois anos de vida ou mais; 4. Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança; 5. Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto; 6. Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 7. Orientar as nutrizes sobre o método da amenorreia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação; 8. Encorajar a amamentação sob livre demanda; 9. Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde; 10. Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.
Rede Amamenta Brasil	Contribuir para o aumento nos índices de aleitamento materno no Brasil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participação de, no mínimo, 80% dos funcionários/equipe na Oficina, com, pelo menos, um profissional de cada categoria funcional, incluindo administrativos e terceirizados; 2. Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno por, no mínimo três meses consecutivos, com a utilização do Sisvan web; 3. Apresentação de um fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê no período de amamentação, construído coletivamente por toda a equipe de Atenção Básica que contemple os seguintes itens, indicando a responsabilidade de cada profissional: <ul style="list-style-type: none"> - Garantia de acesso ao atendimento sob demanda espontânea da dupla mãe-bebê em amamentação, com prioridade no atendimento; - Garantia de acesso ao atendimento sob demanda programada da mulher que amamenta (atendimentos individuais e coletivos e visitas domiciliares); - Fluxo de referência para demais níveis de atenção quando necessário, indicando os locais de referência disponíveis na rede (banco de leite humano, maternidade, berçário, ambulatório especializado) - Abordagem dos problemas de manejo mais frequentes em aleitamento em consonância com os protocolos de Atenção Básica locais/municipais.

Estratégia	Objetivo	Critérios para certificação
Estratégia Nacional de Promoção de Alimentação Complementar Saudável - ENPACS	Incentivar a orientação da alimentação complementar como atividade de rotina nos serviços de saúde	<p>Indicadores de resultados coletados por meio de marcadores dietéticos do SISVAN web:</p> <p>Indicador 1: percentual de crianças de 6 a 24 meses que tenham consumido verduras/legumes no dia anterior ao registro;</p> <p>Indicador 2: percentual de crianças de 6 a 24 meses que tenham consumido frutas no dia anterior ao registro;</p> <p>Indicador 3: percentual de crianças de 6 a 24 meses que tenham consumido carnes no dia anterior ao registro;</p> <p>Meta: 80% das crianças acompanhadas com o consumo desses itens no dia anterior ao registro.</p>
Estratégia Amamenta Alimenta Brasil - EEAB	Qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças < 2 anos; Aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar na rotina das unidades básicas de saúde.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; 2. Monitorar os índices de aleitamento materno e de alimentação complementar. 3. Dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável; 4. Cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265/2006 – e não distribuir “substitutos” do leite materno nas unidades básicas de saúde.

Fonte: Oliveira & Camacho, 2002; Brasil, 2008; Brasil, 2010; Brasil, 2015; Brasil, 2017.

A Rede Amamenta Brasil previu o compartilhamento da sua operacionalização entre os âmbitos federal, estadual e municipal interligando as unidades de atenção primária, secretarias municipais e estaduais de saúde, Ministério da Saúde e a sociedade para aprimorar o trabalho interdisciplinar nos serviços. Para tanto, apostava na educação permanente utilizando uma abordagem crítico-reflexiva sobre o aleitamento materno no processo de trabalho nas unidades, incluindo todos os funcionários, que definem intervenções em prol da amamentação a partir das vivências práticas da

equipe. Cada uma das unidades que aderissem à Rede Amamenta Brasil passava a receber visitas periódicas, em geral trimestrais, de um tutor para apoiar e incentivar os trabalhadores a desenvolverem as ações pactuadas nas suas unidades^{47,48}. A certificação da unidade básica de saúde pelo Ministério da Saúde envolvia um conjunto de requisitos que estão descritos no Quadro 1. Para manutenção da certificação as unidades deveriam comprovar que os critérios continuavam sendo cumpridos⁴⁷.

Estudo realizado para avaliar a influência do contexto organizacional dos estados e municípios sobre a implantação da Rede Amamenta Brasil mostrou que contextos mais favoráveis propiciavam graus de implantação da intervenção mais avançados e os esforços adicionais ainda se faziam necessários para viabilizar a plenitude da intervenção⁴⁸. Talvez essa seja uma possível explicação para resultados distintos ao se analisar a associação entre a adesão à Rede Amamenta Brasil e as prevalências de aleitamento materno exclusivo em diferentes municípios^{49,50}.

Após o lançamento da Rede Amamenta Brasil diferentes estratégias com objetivos similares direcionados à atenção primária passaram a ser desenvolvidas e a conviver simultaneamente no país, entre elas a IUBAAM, compondo uma das engrenagens fundamentais da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Apesar das iniciativas direcionadas à prática do aleitamento materno na atenção primária, a abordagem sobre a introdução da alimentação complementar permaneceu marginal e, em 2010, para superar essa defasagem, foi lançada a Estratégia Nacional de Promoção de Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Essa estratégia buscava incentivar a orientação da alimentação complementar como atividade rotineira nas unidades de saúde, para favorecer o estabelecimento de comportamentos alimentares saudáveis na infância, com a introdução da alimentação complementar de qualidade e em tempo oportuno⁵¹.

A metodologia utilizada pela ENPACS foi similar à Rede Amamenta Brasil, em que tutores, por meio de abordagem crítico-reflexiva, discutiam a prática de orientação nutricional nos primeiros anos de vida e planejavam ações para incentivo à alimentação saudável adequada à realidade cultural e alimentar de cada lugar. As unidades de saúde, municípios e estados capacitados eram monitorados quanto ao processo de

implementação da estratégia, por meio de indicadores disponíveis no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN web⁵¹. O Quadro 1 mostra os indicadores e metas para o monitoramento da ENPACS.

A partir de 2011, o Ministério da Saúde, por meio das Coordenações Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) e de Alimentação e Nutrição (CGAN), iniciou a integração da Rede Amamenta Brasil com a ENPACS, regulamentando a iniciativa denominada Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), por meio da Portaria GM/MS 1.920/2013. Diante dessa união, a finalidade da nova estratégia integradora passou a ser a de promover a reflexão sobre a prática da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade e a capacitação dos profissionais, por meio de atividades participativas, incentivando a troca de experiências e a construção do conhecimento a partir da realidade local⁵².

Os principais objetivos da EAAB são contribuir com: a) a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e da alimentação complementar saudável entre as crianças menores de 2 anos; b) a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; c) o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os 6 meses de idade e das amamentadas até os 2 anos ou mais; d) a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente e de alimentos não saudáveis e não recomendados antes dos 2 anos; e) o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente; f) a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso⁵³.

A proposta operacional da EAAB manteve-se similar à de suas precursoras, com responsabilidade interfederativa partilhada e a formação de facilitadores nacionais e estaduais da estratégia, mantendo-se os tutores das unidades básicas como essenciais para a disseminação e consolidação da iniciativa no âmbito municipal. A cuidadosa seleção e capacitação de tutores, com perfil adequado, para a utilização dos referenciais da educação permanente com abordagem crítico-reflexiva sobre o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, é imprescindível para o exercício da função de acompanhamento da estratégia na unidade e para o êxito da EAAB⁵³.

O tutor deve, antes de tudo, promover relações cooperativas entre os profissionais da unidade de saúde e serviços de retaguarda de outros

níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da efetivação de linhas de cuidado, em que a reflexão sobre o aleitamento materno e a alimentação complementar no processo de trabalho da equipe sejam um indutor de mudanças de práticas. Adicionalmente, o incentivo à pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, considerando os valores e a cultura local, se constitui na base para a aceitabilidade e a adesão a EAAB⁵³.

As unidades básicas de saúde que implementarem a EAAB e cumprirem os critérios preestabelecidos pelo Ministério da Saúde podem requerer a certificação (Quadro 1). Apesar dos investimentos realizados ainda são poucas as unidades de saúde certificadas⁵⁴.

No Brasil, além das experiências descritas que alcançaram maior projeção nacional, seja pela indução do Ministério da Saúde com o apoio das coordenações de saúde da criança, de aleitamento materno e de alimentação e nutrição dos estados e municípios, seja pela trajetória consistente na construção de evidências, proliferaram intervenções específicas locais exitosas³⁴.

As inúmeras iniciativas brasileiras traduzem a fertilização em prol do aleitamento materno, ao longo de décadas, gerando maior compreensão quanto aos seus benefícios independentemente do nível socioeconômico das mães, mas também o engajamento, a criatividade e o compromisso dos profissionais com a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Ao reconhecer essa característica e a dinamicidade de modelos baseados em engrenagens, a Política previu na sua constituição a incorporação de um componente denominado inovador, passível da junção de novas ações sinérgicas não previstas atualmente³¹. A exemplo da IUBAAM, a valorização de ações pautadas nas evidências sobre a efetividade, com o monitoramento e avaliações sistemáticas e regulares, pode contribuir para a conformação de intervenções custo-efetivas e com maiores chances de êxitos.

Considerações finais

As ações integrantes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno se constituíram nas últimas décadas como uma política pública estruturada, integrada e com atividades interdependen-

dentos, gestada, gerida e desenvolvida solidariamente por profissionais de saúde, apoiada por especialistas brasileiros, organismos nacionais e internacionais^{31,55}. Essas características, em geral, são essenciais para uma melhoria na iniciação e impacto na duração do aleitamento materno exclusivo e qualquer modalidade de amamentação^{22,30}.

No âmbito da atenção primária brasileira, as primeiras experiências estruturadas foram concebidas a partir das melhores evidências sobre a efetividade para esse nível de atenção, enquanto diversas ações mais específicas continuam sendo desenvolvidas com as mais diferentes abordagens. As evidências atuais robustas para o apoio e promoção do aleitamento materno no âmbito da atenção primária, em geral, integram as intervenções brasileiras. O que as diferenciam, nos diversos locais em que são implementadas, são características que necessitam ser estudadas para definir as mais custo-efetivas, o momento, a frequência e a modalidade de apoio, se visitas domiciliares, contatos telefônicos, entre outras.

A combinação de intervenções no pré-natal, na maternidade, ao iniciar a lactação, e no período pós-natal, com conteúdo consistente, modo de fazer e engajamento do time brasileiro constitui-se em fortalezas para enfrentar a atual situação de estagnação de alguns indicadores de aleitamento após décadas de avanços. Em contraponto, ampliar a adesão e aperfeiçoar as iniciativas instituídas e outras inovações a serem criadas parecem ser imperativos para que se continue avançando com a Política Brasileira de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Referências

1. Unicef - Declaração Universal dos Direitos da Criança [internet]. 1990 [acesso em 20 mar 2018]. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
2. British Academy. "If you could do one thing...": nine local actions to reduce health inequalities [internet]. 2014 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: http://www.britac.ac.uk/policy/Health_Inequalities.cfm

3. World Health Organization. Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action [internet]. WHO; 2013 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78335/9789241505178_eng.pdf?sequence=1&i-sAllowed=y
4. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Levels & trends in child mortality [internet]. Report 2015. WHO; 2015 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: http://www.childmortality.org/files_v20/download/igme%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf
5. Goldenberg RL, McClure EM. Maternal, fetal and neonatal mortality: lessons learned from historical changes in high income countries and their potential application to low-income countries. *BMC Maternal Health, Neonatology, and Perinatology*. 2015;1:1-10. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s40748-014-0004-z>
6. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, *et al*. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*. 2011;378:1325-38. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60555-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60555-2)
7. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *The Journal of the American Medical Association - JAMA*. 2009;301: 2252-9. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>
8. Victora CG, Aquino EML, Maria do Carmo Lea MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011;32-46. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
9. Shonkoff JP. Protecting brains, nor simply stimulating minds. *Science*. 2011; 19;333(6045):982-3. doi: <http://doi.org/10.1126/science.1206014>.
10. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care. WHO; 2009.
11. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews 2007. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub2>
12. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (5). doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
 13. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(4): 697-708. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005278>.
 14. World Health Organization. Guideline. Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services [internet]. WHO; 2017 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: https://www.cheerequity.org/uploads/3/7/9/4/37948891/who_evidence.pdf
 15. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;16;(5). doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub4>
 16. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
 17. Sharon K, Corriveau, Emily E, Drake, Ann L, Kellams and Virginia G. Rovnyak. Evaluation of an Office Protocol to Increase Exclusivity of Breastfeeding. *Pediatrics.* 2013; 131(5):942-50. doi: <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-1310>
 18. Busch DW, Logan K, Wilkinson A. Clinical practice breastfeeding recommendations for primary care: applying a tri-core breastfeeding conceptual model. *J Pediatr Health Care.* 2014; 28(6):486-96. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.02.0>
 19. Patel S, Patel S. The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation.* 2016;32(3):530-41. doi: <https://doi.org/10.1177/0890334415618668>

20. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, Perdue LA, Whitlock EP. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;316(16):1694-705. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.8882>
21. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; doi: [10.1002/14651858.CD006425.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006425.pub4).
22. Beake S., Pellowe C., Dykes F., Schmied V., Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr*. 2012;8(2):141-61. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00381.x>
23. Oliveira MC, Camacho LAB. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras. Epidemiologia*. 2002;5(1):41-51. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000100006>
24. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*. 2004;80(5):119-25. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700002>
25. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, *et al*. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016; 387(10017): 491-504. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736>
26. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2003; 19(1):S37-S45. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700005>
27. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr*. 2010; 86(4): 317-24. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>
28. Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6):1205-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004676>

29. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicator trends in Brazil for three decades. *Rev de Saúde Pública*. 2017; 51:108. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029>
30. Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the “breastfeeding gear” model. *Adv Nutr*. 2012; 3:790-800. doi: <https://dx.doi.org/10.3945/an.112.002873>
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno [internet]. Brasília (DF): 2017 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
32. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria* [internet]. Rio de Janeiro. 2000 [acesso em 30 jul 2019];76(3):S238-S252. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0050.pdf>
33. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr. J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev. Psiquiatr. Clínica*. 2010; 37(6): 288-94. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>
34. Coutinho SB, Lira PIC, Lima MC, Frias PG, Eickmann SH, Ashworth ANN. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutr*. 2014; 17(4):948-55. doi: <https://dx.doi.org/10.1017/S1368980013001833>
35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília (DF): 2015a [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
36. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede nacional de bancos de leite humano: gênese e evolução. *Rev Bras. Saude Mater. Infant*. 2006; 6(3): 285-92. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000300004>

37. Vidal SA, Frias PG, Marques NM. Avaliação normativa das ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em Pernambuco. *Rev Bras. Saúde Mater. Infant.* 2001; 1(2): 129-35. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292001000200006>
38. Venancio SI, Saldiva SR, Escuder MM, Giugliani ER. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(10):914-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/jech-2011-200332>
39. Lamy Filho F, Silva AAM, Lamy ZC, Gomes MASM, Moreira MEL. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. *J. Pediatr.* 2008; 84(5):428-35. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572008000600009>
40. Rito RVVF. Iniciativa unidade básica amiga da amamentação: avaliação da implantação em unidades da rede básica de saúde da cidade do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
41. Oliveira MIC, Camacho LAB. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001;17326-43. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/089033440101700407>
42. Alves ALN, Oliveira MIC, Moraes JR. Iniciativa unidade básica amiga da amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. *Rev de Saúde Pública.* 2013; 47(6):1130-1140. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004841>
43. Rito RVVF, Oliveira MIC, Brito AS. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. *J Pediatr.* 2013; 89 (5): 477-84. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.0>
44. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 2.799, de 18 de novembro de 2008. (Revogada pela PRT GM/MS nº 1.920 de 5.9.2013). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Amamenta Brasil. Brasília, 2008.
45. Melo LCO. Atenção ao aleitamento materno em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto no contexto da Rede Amamenta Brasil: análise segundo os atributos da atenção Primária a Saúde. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2016.

46. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta - Primeiros Passos, Brasília (DF); 2011.
47. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil. Relatório de Pesquisa. Brasília(DF); 2013.
48. Venancio SI, Martins MCN, Sanches MTC, Almeida H, Rios GS, Frias PG. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(11): 2261-2274. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156712>
49. Passanha A, Benicio MHD, Venancio SI, Reis MCG. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(6):1141-8 doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004807>
50. Brandrão DS, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Associação entre a implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de aleitamento materno. *J. Pediatr.* 2015; vol.91, n.2, pp.143-151. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.06.009>
51. Ministério da Saúde (BR). Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável [internet]. Brasília (DF); 2010 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/caderno_do_tutor.pdf
52. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [internet]. Brasília; 2013 [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13137.html>
53. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. Manual de Implementação [internet]. Brasília (DF); 2015b [acesso em 30 jul 2019] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf

54. Bortolini GA. Avaliação da implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil -EAAB. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2017. Trabalho de Conclusão de Especialista do curso de Gestão Pública na Saúde da Universidade de Brasília.
55. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet Breastfeeding Series Group. 2016; 387(10017):475-490. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

Apoio à mulher trabalhadora que amamenta

Marina Ferreira Rea¹

A mulher com trabalho remunerado e a prática de amamentar: o que há de novo quanto à proteção legal?

É sabido que mulheres quando se tornam mães em qualquer época da história da humanidade sempre trabalharam buscando remuneração, nem sempre em moedas, às vezes em alimentos ou outras formas. Sabe-se também que culturalmente, na maioria das comunidades, são essas mesmas mulheres-mães as que também realizam o trabalho doméstico e de cuidado com os filhos. O período de lactação acrescenta nessa dupla jornada a prática de amamentar, que, mesmo que se idealize, constitui também trabalho.

Se por séculos essa situação ocorria junto à família, depois da Revolução Industrial e da intensa e contínua migração campo-cidade passaram a ocorrer dificuldades crescentes de harmonizar a amamentação com o trabalho remunerado.

As Nações Unidas no século 20 passaram a tomar posição quanto à crescente incorporação da mulher na força de trabalho formal e à necessidade de ter uma reprodução saudável. Os princípios e direitos de proteção à maternidade (desde a gestação até a amamentação) estiveram presentes nas decisões da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em pelo menos três oportunidades com decisões mais abrangentes: as convenções nº 2, de 1919, nº 103, de 1952, e nº 183, de 2000¹. Essas decisões

¹ Marina Ferreira Rea (marifrea@usp.br) é médica; mestre e doutora em Medicina Preventiva; pesquisadora científica aposentada do Instituto de Saúde/SES-SP; membro fundador da IBFAN (*International Baby Food Action Network*) Brasil; professora colaboradora voluntária do Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

claramente representaram avanços para a proteção à mulher trabalhadora enquanto mãe. No entanto, a recomendação de período adequado de amamentar não acompanhou essas decisões, mostrando a discrepância entre dois organismos das Nações Unidas – a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a OIT. Por exemplo, tomando-se o período de amamentação exclusiva, a OMS recomenda 6 meses (corresponderia a 26 semanas), enquanto a OIT, na Convenção 183 (2000) e na Recomendação 191 (2000), avançou para apenas 14 semanas (3,5 meses), em que pese todo o apoio dos países latino-americanos a uma licença mais longa, como o Brasil que defendia 17-18 semanas².

Com documentação e análise de 185 países, Addati e colaboradores³ descrevem que a maioria dos países tem leis de proteção à maternidade, embora muitos com benefícios menores do que a Convenção nº 183. No caso do benefício licença-maternidade, uma revisão da literatura⁴ concluiu que quanto maior a sua duração maior a duração da amamentação. Licenças-maternidade curtas (<6 semanas) aumentam em quatro vezes a probabilidade de que o aleitamento materno não comece ou seja interrompido precocemente.

Toda a legislação que tem evoluído, dando maior proteção à mãe trabalhadora, tanto nas convenções internacionais como nos países, como se sabe, cobre somente as trabalhadoras com contratos formais de trabalho. Essas sempre foram, entretanto, a minoria. O importante avanço da Convenção nº 183, de incluir “formas atípicas de trabalho” em seu escopo, pode representar uma razão para que somente 34 países, até 2018, tenham ratificado tal convenção (e o Brasil não é um deles). A questão do trabalho informal, especialmente entre mulheres, foi analisada em publicação recente da OIT mostrando as diferentes dificuldades que a heterogeneidade dessa forma de ocupação implica – o tema é retomado mais à frente neste texto.

Observa-se nos últimos anos mudança importante nas relações de trabalho, fruto, entre outros fatores, de tendências demográficas mundiais apontando para maior envelhecimento populacional, urbanização, menor número de filhos por mulher, intensa informatização e absorção de outras formas tecnológicas que diminuem a necessidade de seres humanos em ocupações antes prevalentes. Isso tem levado, entre outras

formas, a aumento de trabalho em tempo parcial, trabalho em domicílio e compartilhado, autônomo, avulso, trabalho por tarefas – o que, em nível global, aparentemente favorece as mulheres-mães, mas desfavorece o acesso a benefícios trabalhistas. Essa “revolução” nas relações de trabalho no século 21 tem que ser acompanhada de uma adaptação à proteção da gestante e da mãe lactante, ainda não bem-definida. Para ilustrar: um dos exemplos desse conjunto de mudanças é o aumento da necessidade de “cuidadoras” domiciliares para idosos – ocupação que em muitos países se faz com arranjos informais de trabalhadoras mulheres – essas, em geral demandam menos benefícios e salários; mas... acredita-se que podem levar seus filhos a esses domicílios e continuar amamentando? Aparentemente sim, porém, trata-se de um arranjo trabalhista que merece estudos e decisões em acordo.

Por outro lado, a discriminação de gênero no trabalho persiste, maior em certas regiões, como no mundo árabe, mas também presente em nosso meio, especialmente em períodos de crise econômica e desemprego. Dados da OIT mostram que na crise econômica iniciada em 2008 alguns países como Estônia e Lituânia diminuíram o período de licenças-maternidade e paternidade, assim como Grécia, Letônia e Romênia reduziram o salário mínimo e os benefícios de maternidade¹. Na Croácia, Itália e Portugal trabalhadoras mulheres foram forçadas a “demitir-se” para serem empregadas pessoas com salário menor e menos benefícios de maternidade; o mesmo ocorreu na Espanha, onde passaram a empregar menos mulheres do que homens, alegando gravidez ou faltas ao trabalho por doença ou necessidades de cuidar do filho.

Paradoxalmente, alguns países tomaram medidas de apoio às trabalhadoras e famílias durante a crise, como a Austrália (introduziu licença-paternidade de 14 dias, em 2013), Noruega (licença-paternidade aumentou de 12 para 14 semanas), entre outros. Algumas medidas, entretanto, mostraram-se bem restritivas valendo somente para pais casados, deixando de fora todos os imigrantes, caso da licença-paternidade em Singapura. Alguns países aumentaram a licença-maternidade³, como a China – de 90 para 98 dias, Chile – de 18 para 30 semanas, e El Salvador, onde houve aumento do pagamento da mulher durante a licença, de 75% para 100%.

Destaca-se o caso dos Estados Unidos, onde não existe uma política nacional de licença-maternidade como em outros países desenvolvidos, embora, em 2016, o *U.S. Bureau of Labor Statistics* documentou essa necessidade, pois 58,6% das mulheres trabalhadoras ou buscando trabalho tinham filhos menores de um ano. Nesse país há uma lei que dá 12 semanas de **licença não remunerada e de proteção à ocupação** às mães trabalhadoras, mas nem todas têm direito a isso. Alguns poucos estados norte-americanos, porém, dão licença remunerada, significando 12% das mulheres do país com esse benefício. Por outro lado, empregadores que estão sob uma lei denominada FMLA (*Family and Medical Leave Act*), dentro da *Fair Labor Standards Act*^{II} devem oferecer pausas para amamentar e local para retirada do leite de peito – que não seja o banheiro – até um ano pós-parto. Notícia recente de jornal diz que o presidente Trump propôs seis semanas de licença **paga** familiar (mães ou pais) pós-parto ou pós-adoção, e isso está em tramitação no Congresso^{III}, o que representaria um grande avanço na FMLA. De fato, por ter essa política federada com benefícios trabalhistas diferenciados e restritos, quase sempre negociados entre patrões e empregados, é que os Estados Unidos acabaram sendo o país onde se encontram exemplos interessantes de programas de apoio à mulher trabalhadora lactante nas empresas (por iniciativa dos empregadores ou por negociação empregado-patrão), entre os quais a sala de extração de leite materno (aqui no Brasil chamada Sala de Apoio à Amamentação), como descrito adiante.

No Brasil tivemos grande conquista na Constituição de 1988^{IV}, o que beneficiou todas as trabalhadoras com emprego formal com uma licença-maternidade paga de 120 dias (artigo 7º, inciso XVII, da Constituição Federal) e licença-paternidade de 5 dias (artigo 7º, inciso 19; e artigo 10, parágrafo 1º), pagos pela Seguridade Social, além de pausas de meia hora para amamentar durante a jornada de trabalho (artigo 396 da CLT – Consolida-

II FMLA (Family & Medical Leave) | United States Department of Labor. Disponível em <https://www.dol.gov/general/topic/benefits-leave/fmla>. Acesso em 11/03/2019.

III Trump's budget calls for six weeks' paid family leave. What it will cost you. Lorie Konish, Published 5:08 PM ET Mon, 12 Feb 2018 Updated 6:43 PM ET Mon, 12 Feb 2018. Disponível em <https://www.cnbc.com/2018/02/12/trumps-budget-calls-for-six-weeks-paid-family-leave.html>. Acesso em 10/03/2019.

IV Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 10/03/2019.

ção das Leis do Trabalho)^V. Outro importante benefício às trabalhadoras formais em estabelecimentos com mais de 30 mulheres acima de 16 anos é a obrigatoriedade de creche (artigo 389, inciso IV, parágrafos 1º e 2º, da CLT). Essas legislações estão descritas em diversas publicações, acessíveis em detalhes no portal do Ministério da Saúde – Saúde da Criança^{VI}.

Sem dúvida, o grande avanço nos benefícios à maternidade foi o Programa Empresa Cidadã, instituído pela Lei nº 11.770/2008^{VII} e regulamentado pelo Decreto nº 7.052/2009^{VIII}, destina-se a prorrogar por 60 dias, tanto para a mãe biológica como para a mãe adotiva, a duração da licença-maternidade e, a partir de 2016, por 15 dias, além dos cinco já estabelecidos, a duração da licença-paternidade (Lei nº 13.257/2016)^{IX}. Durante o período de licença, a empregada não poderá exercer atividade remunerada nem colocar a criança em creche. A empresa que adere ao programa somente pode ser aquela que paga seus impostos com base no lucro real, pois sendo pela empresa o pagamento integral dos funcionários nos períodos de licença, ela poderá deduzir do Imposto devido sobre a Renda da Pessoa Jurídica, em cada período de apuração, o total da remuneração da empregada pago no período de prorrogação de sua licença-maternidade. No entanto, essa forma de pagamento pelo lucro real somente se observa em grandes empresas, notando-se no nosso país que a maioria são pequenas e médias, as quais não podem aderir ao Programa Empresa Cidadã. De toda forma, a proposta parece ter levado, até os últimos anos, mais de 15 mil empresas a aderir ao Programa em todo o país, mais de um terço delas em São Paulo.

Um aspecto muito positivo que se observou nos últimos anos no Brasil foi a adesão de vários setores de empregadores federais, estaduais e municipais, inclusive algumas fundações de direito público e privado a conceder o benefício de seis meses de licença-maternidade a suas funcionárias. Assim, tem sido crescente o número de mães trabalhadoras formais que

V Decreto-Lei N.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm. Acesso em 10/03/2019.

VI Ver Apoio à amamentação. Disponível em <http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>

VII Lei nº 77011., de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm. Acesso em 10/03/2019.

VIII Decreto nº 7.052 de 23 de dezembro de 2009. Regulamenta a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7052.htm. Acesso em 10/03/2019.

IX Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância... Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm. Acesso em 10/03/2019.

têm tido o benefício de unir a recomendação de seis meses de aleitamento materno exclusivo com licença-maternidade. Há mulheres que também têm solicitado, após a licença-maternidade, outra licença que pode ser concedida por duas semanas (14 dias) para necessidades excepcionais de saúde (artigo 392 da CLT, parágrafo 2º). Sabendo-se que algumas delas também conseguem tirar um período de férias depois disso, o preparo para a volta ao trabalho no momento de introduzir alimentos complementares e continuar a amamentar pode ser feito com mais tranquilidade.

Uma das ocupações mais prevalentes entre as mulheres, em todo o mundo e inclusive no Brasil, é como empregada doméstica. Na maior parte dos países isso é considerado trabalho informal, com pouquíssima proteção (Índia, outros países da Ásia e África, e mesmo América Latina). Em nosso país, recentemente foi melhorada a lei das empregadas domésticas^x, pela qual elas têm direito a licença-maternidade por 120 dias, pagas pela Seguridade Social, e estabilidade de 5 meses após o fim da licença. Essa regulamentação trouxe benefícios, mas trouxe também um convite à informalidade, de parte do setor patronal, pois passou a obrigar contratos de trabalho formais a partir de três dias por semana de emprego na mesma casa, com todos os encargos trabalhistas. Muitas patroas, então, passaram a empregar domésticas por dois dias ou menos, incluindo-as no contingente de empregadas informais sem benefícios.

Sabemos que a imensa maioria de mulheres trabalhadoras está no emprego informal ou contratada no setor formal sem direitos. Como amamentar nessas condições?

Que tipo de apoio é eficaz para a mulher trabalhadora conseguir amamentar?

Como vimos, a proteção legal do Estado é um dos aspectos fundamentais, embora nem sempre presente da maneira recomendada. Como veremos a seguir, essa proteção legal nem sempre se mostra suficiente ou resulta em continuidade da prática de amamentar, conforme diversas

X Lei complementar Nº 150, de 1º de junho de 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp150.htm. Acesso em 10/03/2019.

pesquisas nos mais diferentes países. Outras medidas têm se mostrado necessárias. Questões menos óbvias, que necessitam de estudos mais aprofundados, exigem repensar as escolhas da mulher nos dias de hoje e as práticas ocupacionais relacionadas às atividades domésticas, às atividades remuneradas, à progressão na carreira profissional e à relação mãe-filho-amamentação.

Trabalhar fora de casa inclui maior cansaço da mulher e sua busca pelo que é mais prático com relação a refeições familiares⁵. Saber que não conta com benefício trabalhista de proteção à lactação torna menos provável que as mulheres planejem amamentar^{6,7}.

Em um hospital que oferece amplo programa de apoio à trabalhadora lactante, Froh e Spatz⁸ fizeram um estudo qualitativo com 546 mães buscando aprofundar por que, mesmo com todo o apoio, a prática de amamentar não era observada como recomendada. As respostas mostraram que além do apoio do local de trabalho as mulheres necessitam mais, as entrevistadas referem que importante limitação para amamentar é **falta de tempo e acreditar de fato que isso é importante**.

Dinour e Zahro⁹ fizeram uma revisão sistemática sobre os programas de apoio à lactação realizados por empresas e seu impacto na amamentação, encontrando 22 estudos válidos de dez diferentes países cobrindo tanto empregadores públicos como privados, escolas, hospitais, indústrias e companhias de setores financeiros, entre outros. Os resultados mostraram que o apoio mais oferecido pelas empresas é o local para extrair leite materno, seguido de pausas para amamentar e por um programa em prol da amamentação. A maioria dos estudos analisados mostrou que qualquer desses tipos de apoio tem impacto na amamentação e, embora algumas companhias ofereçam benefícios maiores, de fato, qualquer companhia pode adequar seu orçamento e **oferecer algum tipo de apoio** à mulher trabalhadora lactante, o que trará resultado positivo.

Kozhimannil e colaboradores¹⁰ estudaram o impacto do acesso a **locais de extração de leite no trabalho e pausas para amamentar** entre mulheres de 18 a 45 anos, que deram à luz nos Estados Unidos entre 2011 e 2012. Essa proposta tornou-se ampliada pelo chamado “*Obama-care*” – ou *Affordable Care Act*, uma legislação que levou os planos de

saúde a incluir esses benefícios a quem aderir a tais planos. Os achados mostraram que apenas 40% tiveram acesso tanto a **pausas para amamentar**, como a **espaço próprio para extração de leite materno**. As mulheres beneficiadas tiveram 2,3 vezes maior probabilidade de amamentar exclusivamente aos 6 meses e 1,5 vezes de continuar exclusivamente amamentando a cada mês (efeito dose-resposta), comparando com aquelas sem acesso a esses benefícios.

Outra revisão de literatura realizada no Paquistão por Hirani e Karmaliani¹¹ mostrou que em cerca de 25 anos a amamentação aos 6 meses caiu de 96% para 31% nesse país, dado bastante preocupante. Pesquisas anteriores haviam apontado o trabalho fora de casa e a falta de apoio à trabalhadora mãe como uma das principais causas dessa queda. A revisão em questão selecionou cerca de 500 trabalhos, dos quais 50 mostraram as ações mais importantes para apoiar a mãe trabalhadora: educar a mãe quanto ao manejo clínico da lactação; sensibilizar os empregadores sobre os benefícios da amamentação e local adequado para retirar leite ou amamentar dentro do emprego; arranjos apropriados para isso, tais como privacidade, creche, bombas tira-leite, local para estocagem; prover flexibilidade de horário de trabalho e ter, enfim, **uma política pró-amamentação própria da empresa**.

Sabemos que mais do que a licença-maternidade, ou tanto quanto, outros fatores interferem na interrupção da amamentação entre mães trabalhadoras, como mostraram em estudo recente Dun-Dery e Laar¹² com 369 mulheres profissionais de Gana: 91% iniciaram a amamentação na maternidade, mas somente 10% amamentavam exclusivamente aos 6 meses. Os fatores mais importantes para essa queda foram **a falta de apoio de profissional de saúde, licença-maternidade curta e ter tido cesariana**. Mesmo com 6 meses de licença-maternidade paga, estudo qualitativo realizado entre trabalhadoras das áreas de educação e saúde na Índia mostrou que outros fatores familiares, individuais e do próprio local de trabalho podem impedir ou facilitar as tensões existentes em combinar amamentação e trabalho remunerado¹³.

No nosso país, uma das pesquisas pioneiras nessa temática foi realizada na década de 1980, seguida por outras publicações nas décadas subsequentes^{14,15}. Esse trabalho, realizado em um bairro operário de São

Paulo, teve como objetivo estabelecer comparações quanti e qualitativas das dificuldades e formas de superação para amamentar entre trabalhadoras de três diferentes culturas, Sri Lanka (Ásia), Tanzânia (África) e Brasil, em São Paulo (América). Os resultados foram analisados e apresentados em diversos eventos, mostrando que são as mulheres em **trabalho informal** as que apresentavam a menor duração mediana de amamentação, e os estudos qualitativos mostraram a dificuldade de combinar o trabalho informal com o aleitamento materno. As entrevistadas em sua maioria deixavam claro que dar mamadeira era preferível para “sobrar tempo” para a produção do trabalho remunerado (por peças, por vendas na rua, por cuidados domésticos de doentes ou outras crianças, etc.).

Na década de 1990, uma equipe do Instituto de Saúde^{2,16} estudou mulheres trabalhadoras formais de 12 empresas de São Paulo que forneciam todos os benefícios trabalhistas, buscando identificar lacunas que estariam levando essas mulheres a desmamar precocemente, em que pese os benefícios recebidos da legislação brasileira. Em resumo, os resultados mostraram a importância da mulher trabalhadora ter claro que amamentar é importante, e a maioria desconhecia isso; os pediatras dos planos de saúde das empresas introduziam fórmula infantil precocemente e desconheciam os benefícios que essas mulheres tinham, incentivando portanto o desmame antes do “necessário” pela volta ao trabalho após a licença-maternidade; mais fatores que levavam ao desmame foram, também: a ausência de flexibilidade de horários, os trabalhos em turnos, o transporte inadequado e distante, a falta de apoio de colegas de trabalho e chefias, a falta de apoio doméstico, entre outros.

Mais recentemente, também foram estudados bancos de dados nacionais quanto à influência da licença-maternidade na duração da amamentação exclusiva, concluindo que são as que desfrutam desse benefício que amamentam por maior período^{17,18}.

Como está a situação de proteção à maternidade no mundo

A rede IBFAN – *International Baby Food Action Network* – tem entre seus objetivos a proteção da amamentação especialmente contra o

marketing não ético de produtos que substituem essa prática. Outro aspecto da proteção das mães que amamentam tem sido o estudo e difusão de políticas que protegem a maternidade de mães trabalhadoras. Entre essas políticas, destacam-se não apenas as da OIT, já mencionada e que será detalhada a seguir, mas outras como a **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, de 1948, que afirmava em seu artigo 25 (2): “A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais”^{XI}. Também a **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres – CEDAW** (sigla em inglês)^{XII}, de 1979, em seu preâmbulo reforçava o direito das mulheres à não discriminação, incluindo na maternidade, referindo-se à proteção da maternidade no trabalho, à paternidade e à licença parental, e “que se compreenda a responsabilidade da sociedade em relação à mulher em relação à maternidade”. Também a **Convenção sobre os Direitos da Criança – CRC** (sigla em inglês)^{XIII}, de 1989, destaca o tema.

Dentro das políticas próprias relacionadas à amamentação, as **Declarações de Innocenti (1990 e 2005)**^{XIV} e a **Estratégia Global da OMS sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena (2002)**^{XV} recomendam uma legislação imaginativa para proteger os direitos das mulheres trabalhadoras no aleitamento materno e monitoramento de sua aplicação baseada (no mínimo) na Convenção de Proteção à Maternidade 183 e Recomendação 191 da OIT. Essa Convenção especifica que as mulheres trabalhadoras devem receber proteção à saúde, proteção ao emprego e não discriminação na gravidez e quando lactantes, pelo menos 14 semanas de licença-maternidade remunerada e uma ou mais pausas para amamentar, pagas como horas de trabalho. Além disso, a

XI Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em 11/03/2019.

XII Decreto Nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em 11/03/2019.

XIII Decreto Nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm. Acesso em 11/03/2019.

XIV Declaração de Innocenti. Disponível em <http://www.ibfan.org.br/site/tag/declaracao-de-innocenti>. Acesso em 11/03/2019.

XV Estratégia Global da OMS sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena. Disponível em <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>. Acesso em 11/03/2019.

Recomendação 191 incentiva a criação de salas para amamentação e/ou extração de leite materno no local de trabalho ou próximo dele.

O grupo IBFAN da Índia criou um instrumento de coleta de dados de políticas e práticas denominado **Iniciativa Mundial quanto às Tendências da Amamentação – WBTi** (sigla em inglês) e publicou uma atualização desses dados em 97 países, incluindo o Brasil^{XVI}. Com relação ao indicador **“proteção à maternidade”**, os resultados mostram que há muito o que caminhar nessa temática, em síntese descrita a seguir.

Esse indicador examina se há apoio estrutural e legal suficiente para que as mulheres pratiquem o aleitamento materno exclusivo, se há legislação relacionada à proteção da maternidade e se há alguma medida (políticas, regulamentos, práticas etc.). Ele mede a situação da licença-maternidade, intervalos /pausas para amamentação, licença-paternidade e não discriminação. No conjunto dos dez indicadores medidos (pontuação de zero a 10), o indicador **“proteção à maternidade”** obtém a terceira pontuação mais baixa com média de 5,43. Nenhum país possui pontuação 10, apenas 25 países pontuam entre 7-9 (caso do Brasil, com pontuação 8,5), 37 países estão na média e 22 países têm pontuação abaixo de 3,5, o que indica clara falta de apoio às mulheres para amamentar em cada um dos países avaliados.

Este estudo como conclusão destaca:

- apenas 9 países concedem licença-maternidade superior a 26 semanas - o que é essencial para o sucesso de 6 meses de amamentação exclusiva; e 41 concedem menos de 14 semanas;
- 61 países concedem pelo menos uma pausa remunerada para o aleitamento materno durante a jornada de 8 horas;
- 45 países concedem licença-paternidade de pelo menos 3 dias;
- 46 países incluem provisões legislativas para sala de apoio para extração de leite ou para amamentação ou creches nos locais de trabalho.
- 20 países relatam níveis semelhantes de proteção para as mulheres que trabalham no setor informal.

XVI WBTi world rankings: where nations stand? Disponível em <http://worldbreastfeedingtrends.org>. Acesso em 11/03/2019.

Conclusões

O trabalho remunerado da mulher e a prática de amamentar, quando combinados, são bastante complexos e merecem ser analisados com cuidado e em profundidade, dentro de situações familiares e culturais específicas.

A proteção legal e os benefícios a ela vinculados não são suficientes, embora seja uma obrigação dos estados, reforçada por acordos internacionais reiteradamente firmados por eles. Tal proteção necessita ser conhecida pelas mulheres e seus organismos sindicais ou gremiais, para que seja vigiada no seu cumprimento. A ampliação dos benefícios – que se mostram insuficientes na maior parte dos países – além de incluir todas as ocupações formais, precisa incluir as formas atípicas ou informais de trabalho, crescentes no mercado anual.

Negociações patrão-empregado podem representar saídas interessantes, levando a arranjos dentro das empresas ou entidades que têm propiciado a manutenção da lactação por um tempo maior, mesmo com a criança longe da mulher durante a jornada. No entanto, esse benefício está necessariamente relacionado a países ou situações onde existe maior nível educacional e conseqüente maior empoderamento das mulheres.

Sugere-se mais estudos que documentem e analisem as múltiplas formas de ocupação de mulheres no período reprodutivo e como elas têm lidado com o aleitamento materno.

Referências

1. International Labour Organization. Women and men in the informal economy: a statistical picture [internet]. [acesso em 30 jul 2019] Disponível em: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_626831.pdf
2. Rea MF, Venancio SI, Batista LE, *et al.* Determinants of the breastfeeding pattern among working women in São Paulo. *Journal of Human Lactation*. 1999; 15(3):233-9.
3. Addati L, Cassirer N, Gilchrist K. A maternidade e a paternidade no trabalho: leis e práticas em todo o mundo. ILO; 2014.

4. Steurer LM. Maternity leave length and workplace policies' impact on the sustainment of breastfeeding: global perspectives. *Public Health Nurs.* 2017;34(3):286-94.
5. Roe B, Whittington LA, Fein SB, Teisl MF. Is there competition between breast-feeding and maternal employment? *Demography.* 1999; 36: 157-71.
6. Mirkovic KR, Perrine CG, Scanlon KS, Grummer-Strawn LM. In the United States, a mother's plans for infant feeding are associated with her plans for employment. *J Hum Lact.* 2014; 30: 292-7.
7. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C. The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK. *Public Health Nutr.* 2007; 10: 891-6.
8. Froh EB, Spatz DL. Navigating return to work and breastfeeding in a hospital with a comprehensive Employee lactation program. *J Hum Lact.* 2016;32(4):689-94.
9. Dinour LM, *et al.* Employer-based programs to support breastfeeding among working mothers: a systematic review. *Breastfeed Med.* 2017; 12:131-41.
10. Kozhimannil KB, Jou J, Gjerdingen DK, McGovern PM. Access to workplace accommodations to support breastfeeding after passage of the affordable care act. *Women's Health Issues.* 2016; 26(1):6-13.
11. Hirani SA, Karmaliani R. Evidence based workplace interventions to promote breastfeeding practices among pakistani working mothers. *Women Birth.* 2013;26(1):10-6.
12. Dun-Dery EJ, Laar AK. Exclusive breastfeeding among city-dwelling professional working mothers in Ghana. *Int Breastfeed J.* 2016; 6;11(1):23.
13. Omer-Salim A, *et al.* Negotiating the tensions of having to attach and detach concurrently': a qualitative study on combining breastfeeding and employment in public education and health sectors in New Delhi, India. *Midwifery.* 2015; 31(4):473-81.
14. Rea MF, Solimano G. Social and work conditions influencing breastfeeding patterns in urban population in São Paulo, Brazil. In: XII

International congress of nutrition, 1981, San Diego, California, 1981. Annals.

15. Rea MF, Monteiro CA. Trabalho feminino, aleitamento materno e desnutrição infantil em um bairro operário do município de São Paulo. *Ciência e Cultura*. 1982;34.
16. Rea MF, Venancio SI, Batista LE, *et al*. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. *Rev de Saúde Pública de São Paulo*. 1997;31(2):149-56.
17. Venancio SI, Rea MF, Saldiva SR. A licença-maternidade e sua influência sobre a amamentação exclusiva. *Bol Inst Saúde*. 2010;12:287-92.
18. Monteiro FR, Buccini GS, Venancio SI, Costa TH. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *J Pediatr*. 2017;93:475-81.

Amamentação e grupos de apoio na comunidade

Ana Basaglia^I
Fabiola Cassab^{II}

A importância da amamentação é indiscutível em todo o mundo, em função de seu caráter protetivo para a mulher e o bebê, o que já foi amplamente evidenciado em inúmeros estudos científicos, conforme discutido no Capítulo 2.

Amamentar deve ser considerado um ato positivo de saúde e, se ampliada a um nível quase universal, poderíamos evitar 823 mil mortes a cada ano de crianças menores de cinco anos e 20 mil mortes por câncer de mama em mulheres.¹

Os benefícios se estendem também para toda a sociedade, uma vez que a amamentação é uma prática de baixo custo. Assim, todas as evidências colaboraram para que a amamentação fosse incluída com destaque em políticas públicas importantes², que visam à promoção, à proteção e ao apoio. Vale destacar, no entanto, que a prática da amamentação não é exclusivamente de responsabilidade da mulher e, sim, uma responsabilidade compartilhada com a sociedade, que possui diversos atores³.

O Brasil historicamente conseguiu elevar seus níveis de amamentação da década de 1970 até meados dos anos 2000 (ver Capítulo 3), mediante implementação de uma política abrangente de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (ver Capítulo 12). Ainda que as evidências e estudos confirmem os amplos benefícios que a prática da ama-

I Ana Basaglia (ana.basaglia@gmail.com) é designer gráfico; Mestre em Design; publisher na Editora Timo; e uma das fundadoras da Matrice - Ação de Apoio à Amamentação, grupo de mães que atua voluntariamente em São Paulo há 13 anos.

II Fabiola Cassab (fcassab@gmail.com) é advogada; Especialista em Aleitamento Materno; diretora administrativa na Ibfan Brasil; e uma das fundadoras da Matrice - Ação de Apoio à Amamentação, grupo de mães que atua voluntariamente em São Paulo há 13 anos.

mentação traz, serão eles suficientes entre as mulheres e suas famílias? E as políticas públicas, elas são convertidas em famílias que conseguem amamentar, de fato?

O aleitamento materno, como se sabe, não se resume a fatos biológicos, ele engloba também aspectos culturais, sociais e históricos. Lacunas na construção desse saber podem ser percebidas na medida em que *“somente nas últimas décadas a amamentação passa a ser vista também como uma prática social e culturalmente construída”*⁴. Nesse sentido, conforme afirma Almeida⁵:

[...] a amamentação, além de biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida. Na configuração real, um processo aparentemente tão natural, tão carregado de afeto e emoção, em verdade congrega os mais agressivos interesses mercadológicos, muitas vezes mascarados de conhecimentos científicos e travestidos de dispositivos para a saúde.

A vivência da amamentação também é mediada pelas próprias experiências da mulher. Quando se fala dessas experiências, estamos nos referindo não somente ao fato de ela própria ter sido amamentada ou não, mas também às situações que essa mulher presenciou no transcorrer de sua vida⁶. Sabe-se que ter visto outras mães amamentando na infância é fato que tem uma provável influência positiva na possibilidade de essa menina também amamentar no futuro (ou o menino apoiar sua parceira para fazê-lo). Do mesmo modo, ver mulheres amamentando às escondidas, longe do público, pode transmitir à criança a ideia de que a amamentação é um evento íntimo, talvez até vergonhoso. Isso pode inibi-la no futuro, quando precisar amamentar em público, tornando-se uma dificuldade extra para o aleitamento.

Influência do apoio após o parto sobre a amamentação

O período pós-parto é um momento de muita fragilidade para a mulher, as mudanças (tanto físicas como emocionais) a deixam muito vulnerável para a ocorrência de crises. No puerpério, a mulher se encontra em

um estado de muita variação de humor devido às alterações hormonais que ela vivencia. A amamentação ainda não está plenamente estabelecida e nesses primeiros momentos com o bebê a mãe pode sentir dificuldades no seu manejo e também passar por algum revés emocional⁷.

Após o parto no hospital e o retorno para casa ela, muitas vezes, se vê sozinha para executar uma série de tarefas, entre elas alimentar seu filho, um processo frequentemente novo na sua vida e no seu entorno social.

A amamentação, portanto, deve ser considerada como um processo complexo, e as condições de suporte social são importantes para que o ato não somente se inicie com o nascimento, mas permaneça posteriormente⁶. Afinal, *“as mães que dispõem de um forte sistema de apoio ao aleitamento materno têm melhores resultados”*⁸.

Há consenso de que o pai do bebê é uma das pessoas mais influentes para a mãe em relação à amamentação.⁹⁻²³ Essa influência é particularmente marcante quando a mãe está morando com o ele²⁴ e quando o parceiro representa a principal fonte de renda da família²⁵.

Uma revisão da literatura sobre os pais e a amamentação²⁶ concluiu que os pais são uma influência importante na iniciação e na continuidade da amamentação. É possível supor que muitos parceiros masculinos preferem a amamentação e acreditam que é a escolha mais natural e saudável para a mãe e bebê. Entretanto, pesquisas também sugerem que muitos homens não sentem que o método de alimentação infantil é decisão sua, eles se sentem deixados de fora do relacionamento mãe-bebê e, também, se sentem desconfortáveis com a amamentação em público⁷.

Às vezes, as mães usam outras mães como espelhos. Cada mãe examina a outra, em busca de um reflexo para sua própria maternagem.²⁷ O grupo de apoio entre mães, onde elas se reconhecem como “iguais” (e leigas) é uma maneira eficaz e de baixo custo para aumentar a eficácia da amamentação entre as mulheres. No entanto é uma política que o resultado se vem ao longo prazo, pois existe uma modificação da cultura que permeia aquela comunidade.

Uma revisão sistemática avaliou mais de 74 mil pares (mãe e bebê), em 73 estudos realizados em 29 países. Os resultados das análises continuam confirmando que todas as formas extras de apoio diminuem a interrupção tanto do aleitamento materno parcial quanto exclusivo²⁸.

Outro estudo realizado por Britton e colaboradores²⁹, que envolvia leigos e profissionais de saúde, concluiu que quando a mulher era apoiada por um desses atores a taxa de aleitamento materno aumentava significativamente. Os profissionais de saúde são mais eficazes no seu apoio se a sua atitude em relação à amamentação for positiva e se tiverem conhecimentos e habilidades adequados para ajudar a mãe a amamentar, algo que muitas vezes falta durante sua formação. Conselheiros de pares e grupos de apoio à amamentação são muito eficazes, mas é necessário que as mulheres tenham acesso a eles³⁰.

O ambiente proporcionado pelos grupos de apoio faz com que essas mulheres se sintam mais pertencentes, ou seja, quando as mulheres convivem com outras mães que também amamentam, muitas delas voltam a se sentir “normais” e mais à vontade com essa nova prática³¹.

Grupos de apoio à amamentação

Segundo o pediatra e pesquisador espanhol Carlos González, do ponto de vista da amamentação *“a única preparação útil durante a gravidez é a informação”*³², e temos a tendência a reconhecer isso como uma boa premissa. Se antigamente as mulheres aprendiam a amamentar olhando para suas mães, tias e outras mulheres do entorno que amamentavam seus bebês, atualmente muitas primíparas chegam a afirmar que nunca viram na vida nenhum bebê sendo amamentado antes de ter seu próprio filho nos braços. Para minimizar essa situação, posto que não será possível mais desejar que grandes famílias voltem a se reunir como antes, o encontro de novas mães com mães veteranas, proporcionado pelos grupos de apoio de mães, passa a responder como essa nova “grande família”. Para a maioria das mulheres, provavelmente a observação e a imitação de modelos de sucesso na amamentação serão mais importantes do que as explicações teóricas.

O apoio a seus pares pode se dar por políticas públicas instauradas ou pelo Estado ou por meio da própria comunidade. Em 1999 o Reino Unido financiou 26 projetos com atitudes inovadoras em tecnologia em saúde para grupo de apoio a pares; esse estudo concluiu que o apoio entre os pares é eficiente tanto para a amamentação exclusiva como para a

amamentação continuada, desde que se cumpra algumas etapas. Entre as etapas que devem ser respeitadas estão a aceitação da comunidade e a sustentabilidade do grupo³³.

Os grupos de apoio à amamentação, como a *La Leche League*^{III} nos Estados Unidos, a Associação Australiana de Aleitamento Materno^{IV} e, no Brasil, o grupo Amigas do Peito^V e a Matrice^{VI}, entre outros, proporcionam um bom apoio às mulheres, o que lhes permite superar as dificuldades da amamentação e continuar amamentando por mais tempo^{34,35}. Tranquilidade, frequência e técnica de amamentação são as razões mais comuns pelas quais as mães australianas entram em contato com esses grupos, por exemplo³⁶, e também são as razões mais comuns destacadas nos outros grupos espalhados pelo mundo ocidental (não temos conhecimento desse tipo de atividade no mundo oriental, mas supomos que o apoio horizontal, de mãe para mãe, exista de qualquer maneira, com ou sem grupo de apoio formalmente organizado).

Grupos de apoio à amamentação são populares porque normalizam a amamentação em um ambiente social. Eles fornecem flexibilidade, um senso de controle e uma diversidade de imagens e experiências visuais, o que ajuda as mulheres a tomarem decisões relacionadas à alimentação de seus bebês por si mesmas. Eles oferecem um lugar seguro para ensaiar e realizar a amamentação na frente de outras pessoas, em uma cultura em que a amamentação raramente é vista em público³⁷. As mães geralmente acham mais fácil conversar com outras mães sobre amamentação do que com um profissional de saúde³⁴. Mais recentemente, grupos de apoio à amamentação na internet foram criados e considerados eficazes para algumas mães³⁸.

Dado que esse recurso já é comprovadamente eficaz, as mulheres devem ser encorajadas a participar de grupos de apoio à amamentação. De

III *La Leche League International* foi fundada em 1956 por sete mães norte-americanas que sentiam falta da companhia e do apoio de outras mães mais experientes, que pudessem compartilhar com elas suas vivências no aleitamento. De lá até hoje, o grupo cresceu enormemente, tendo desenvolvido metodologia própria para os encontros, literatura específica e apoiado mulheres em cerca de 90 países. Disponível em <https://www.llli.org/>. Acesso em 11/03/2019.

IV *Australian Breastfeeding Association*. Disponível em <https://www.breastfeeding.asn.au/>. Acesso em 11/03/2019.

V O Grupo de Mães Amigas do Peito surgiu em 1980, por iniciativa da atriz Bíbi Vogel, junto com outras mulheres que perceberam a importância de compartilhar dificuldades, expectativas e sucessos vividos com a amamentação. Disponível em <http://www.amigasdopeito.org.br/>. Acesso em 11/03/2019.

VI Matrice, ação de apoio à amamentação. Disponível em <https://matrice.wordpress.com/>. Acesso em 11/03/2019.

fato, o apoio ao aleitamento materno poderia ser reforçado com a formação de parcerias entre profissionais de saúde, conselheiros de pares e grupos de apoio à amamentação. Essa estratégia poderia incluir o compartilhamento da carga de trabalho, fornecendo um nível informal de apoio às mães e a provisão de apoio e aconselhamento decorrente da experiência pessoal³⁹.

Considerações finais

Apesar de entender que biologicamente todas as mulheres saudáveis são capazes de nutrir seus filhos com o próprio leite, a falta de modelos, as intercorrências comuns do parto (anestésias, cirurgias, separação do bebê nos hospitais), a interferência do uso de chupetas e mamadeiras inseridas na rotina diária, as regras médicas obsoletas (que insistem em permanecer incorporadas na cultura popular), a falta de confiança e a desistência rápida, mesmo perante pequenas dificuldades, tudo isso costuma justificar o olhar da mulher – ou do casal – para a necessidade, e até mesmo a exigência do apoio profissional.

Essa dinâmica, entretanto, não é a única possível. A partir das referências apontadas nesse texto e também levando em conta a experiência que temos no grupo de apoio Matrice, há mais de 13 anos apoiando mulheres sistematicamente na cidade de São Paulo, seja por meio de encontros presenciais seja pelas conversas virtuais, usando um modelo horizontal (isto é, de mulher para mulher), podemos afirmar que o trabalho efetuado pelos grupos de apoio – qualquer um – é um trabalho essencial para fazer a diferença positiva no processo de aleitamento de uma nova mãe.

Referências

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC, *et al.* Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
2. Venancio SI. Amamentação: da prevenção da mortalidade infantil à promoção do desenvolvimento integral da criança. *Bol Inst Saúde*. 2015;16(1):84-9.

3. Boccolini CS; Boccolini PMM; Monteiro FR; Venâncio SI; Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:108.
4. Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup. 2):S355-63.
5. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
6. Rezende MA; Sigaud CHS; Verissimo MLOR; Chiesa AM; Bertolozzi MR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(2):234-8.
7. Silva BT, Santiago LB, Lamonier JA. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(1):122-13.
8. Ekström A, Widström AM, Nissen E. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth*. 2003;30(4):261-6.
9. Humenick S. S, Hill P. D, Wilhelm S. Postnatal factors encouraging sustained breastfeeding among primiparas and multiparas. *J Perinat Educ*. 1997;6(3):33-45.
10. Whelan A, Lupton P. Promoting successful breast feeding among women with a low income. *Midwifery*. 1998;14(2):94-100.
11. Wiemann CM, DuBois JC, Berenson AB. Strategies to promote breastfeeding among adolescent mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152(9):862-9.
12. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland? *Birth*. 1998;25(3):175-81.
13. Humphereys AS, Thompson NJ, Miner KR. Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth*. 1998;25:169-74.
14. Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health*. 2001;37(3):254-61.
15. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2002;166(1):21-8.

16. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*. 2002;18(2):87-101.
17. Dykes F, Moran VH, Burt S, Edwards J. Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs--an exploratory study. *J Hum Lact*. 2003;19(4):391-401.
18. Ingram J, Rosser J, Jackson D. Breastfeeding peer supporters and a community support group: evaluating their effectiveness. *Matern Child Nutr*. 2005;1(2):111-8.
19. Li L, Zhang M, Scott JA, Binns CW. Infant feeding practices in home countries and Australia: Perth Chinese mothers survey. *Nutri Dietetics*. 2005;62:82-8.
20. Scott JA, Shaker I, Reid M. Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. *Birth*. 2004;31(2):125-31.
21. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery*. 2004;20:367-79.
22. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 2005;116(4):e494-8.
23. Spear HJ. Policies and practices for maternal support options during childbirth and breastfeeding initiation after cesarean in southeastern hospitals. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):634-43.
24. Hoyer S, Pokorn D. The influence of various factors on breast-feeding in Slovenia. *J Adv Nurs*. 1998;27(6):1250-6.
25. Chatman LM, Salihu HM, Roofe ME, Wheatle P, Henry D, Jolly PE. Influence of knowledge and attitudes on exclusive breastfeeding practice among rural Jamaican mothers. *Birth*. 2004;31(4):265-71.
26. Bar-Yam NB, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact*. 1997;13(1):45-50.
27. Parker R. *A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 1997.
28. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S, *et al*.

- Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; Feb 28;2.
29. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007; Issue 1.
 30. Clifford J, McIntyre E. Who supports breastfeeding? *Breastfeeding Review.* 2008;16(2):9-19.
 31. Ingram J, Rosser J, Jackson D. Breastfeeding peer supporters and a community support group: evaluating their effectiveness. *Matern Child Nutr.* 2005;1(2):111-8.
 32. González C. *Manual práctico de aleitamento materno.* São Paulo: Timo; 2017.
 33. Dykes F. Government funded breastfeeding peer support projects: implications for practice. *Matern Child Nutr.* 2005;1(1):21-31.
 34. Alexander J, Anderson T, Grant M, Sanghera J, Jackson D. An evaluation of a support group for breast-feeding women in Salisbury, UK. *Midwifery.* 2003;19(3):215-20.
 35. Chandran L, Gelfer P. Breastfeeding: the essential principles. *Rev Pediatr.* 2006;27(11):409-17.
 36. Grieve V, Howarth T. The counselling needs of breastfeeding women. *Breastfeed Rev.* 2000;8(2):9-15.
 37. Hoddinott P, Chalmers M, Pill R. One-to-one or group-based peer support for breastfeeding? Women's perceptions of a breastfeeding peer coaching intervention. *Birth.* 2006;33(2):139-46.
 38. Gribble KD. Mother-to-mother support for women breastfeeding in unusual circumstances: a new method for an old model. *Breastfeed Rev.* 2001;9(3):13-9.
 39. Raine P. Promoting breast-feeding in a deprived area: the influence of a peer support initiative. *Health Soc Care Community.* 2003;11(6):463-9.

Perspectivas do aleitamento materno no Brasil: rumo a uma política nacional e à construção de uma linha de cuidado no contexto das Redes de Atenção à Saúde do SUS

Fernanda Monteiro^I
Amanda Moura^{II}
Renara Guedes Araújo^{III}

Introdução

Até a década de 1970 ocorria no mundo um declínio na prática do aleitamento materno por inúmeros fatores. Um dos principais responsáveis por essa diminuição foram as estratégias de marketing e publicidade não éticas da indústria e comércio de substitutos do leite materno dentro de universidades, nos cursos de pediatria, com incentivo de professores e alunos na prescrição de seus produtos precocemente para crianças¹.

Diante desse cenário, a partir dos anos 1980 começaram a ser desenvolvidas ações de incentivo ao aleitamento materno no Brasil. Em 1981, o Ministério da Saúde, com o objetivo de promover e proteger o

-
- I Fernanda Ramos Monteiro (fernanda.monteiro.saude@gmail.com) é nutricionista; Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Diretora da Atenção Primária à Saúde da Região Central, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; ex-coordenadora da Política Nacional de Aleitamento Materno (2011 a janeiro de 2019).
- II Amanda Souza Moura (nutr.amanda@gmail.com) é nutricionista; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília; Pós-Graduada de Doutorado do Programa de Nutrição Humana, Núcleo de Estudos em Epidemiologia, Saúde e Nutrição da Universidade de Brasília; Consultora Técnica da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde
- III Renara Guedes Araújo (renaraguedes@gmail.com) é nutricionista; Mestre em Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente pela Fundação Oswaldo Cruz; Consultora Técnica da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.

aleitamento materno, visando a aumentar essa prática no país, instituiu o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM².

Nos anos 1990, a Declaração de Innocenti estabeleceu entre as suas metas para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a necessidade de nomeação de um comitê Nacional de Aleitamento Materno composto por membros do governo e organizações não governamentais. O Brasil estabeleceu esse comitê em 2006, o que ajudou o país na discussão das políticas públicas voltadas para a amamentação.

Ao longo das décadas as ações de aleitamento materno se fortaleceram e ganharam visibilidade, em função das evidências científicas sobre os benefícios do leite materno. Além de ser o melhor alimento para a criança, sob o aspecto nutricional, há evidências robustas sobre a proteção da amamentação contra a morbimortalidade infantil, impacto sobre o desenvolvimento das crianças, benefícios para a saúde da mulher (conforme apresentado no Capítulo 2 deste livro), além de envolver menor gasto com a alimentação, favorecer o desenvolvimento sustentável do planeta. Com base em todos esses benefícios, houve maior reconhecimento e investimento na promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno.

No Brasil, as ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno vão desde a atenção básica até a atenção hospitalar.

Na atenção primária, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil capacita profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de promover a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável em crianças até 2 anos e melhorar o hábito alimentar das famílias.

Na atenção secundária e terciária, existe a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), além da Rede de Bancos de Leite Humano (BLH) e o Método Canguru, voltados aos recém-nascidos de baixo peso. Essas ações dentro dos hospitais proporcionam o aleitamento materno no início da vida, aumentando a chance de sucesso dessa prática. O Ministério da Saúde também possui ações que são transversais e intersectoriais, como a “Mulher Trabalhadora que Amamenta”, que tem por objetivo apoiar as mulheres que exercem atividade laboral fora de casa e desejam continuar amamentando os seus filhos mesmo após o retorno ao trabalho, e a “Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para

Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL)”. Existem também as ações de mobilização social, como o “Dia de Doação de Leite Humano” e a “Semana Mundial da Amamentação”.

Assim, o Brasil começou a avançar também nos índices de aleitamento materno e, desde 2009, busca instituir uma política pactuada nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) para se garantir as responsabilidades dos entes federados e recursos financeiros para sua implementação.

Em 2015 foi publicada a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS³, tendo como um dos seus sete eixos estratégicos o aleitamento materno e a alimentação complementar para crianças menores de 2 anos³. Diante disso, em 2017, o Ministério da Saúde publicou o documento “Bases para Discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno”. Essa publicação visa a contribuir para a formulação e pactuação da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Brasil⁴.

A elaboração desse documento teve início em 2010, refletindo-se na necessidade de fortalecer as diversas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno desenvolvidas no país. Propõe, de forma inovadora, maior articulação e integração entre essas ações, no sentido de potencializar seu impacto, adotando como estratégia a linha de cuidado, além do alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS, no contexto de consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e indução de ações intersetoriais, a fim de garantir o direito das crianças, suas mães e famílias à amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e continuado até os 2 anos de vida ou mais, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde⁴.

As intervenções voltadas ao aleitamento materno são extremamente complexas. Envolvem a garantia da proteção legal do direito à amamentação, o suporte dado às mães nos serviços de saúde, o apoio de empregadores, de formadores de opinião, educadores, ou seja, a mobilização de toda a sociedade. Dessa forma, entende-se que a proteção da amamentação ultrapassa o setor Saúde, fazendo-se necessário estabelecer uma agenda inter-

setorial que crie as condições necessárias a essa prática, envolvendo áreas como a educação, desenvolvimento social, direitos, entre outras⁴.

Apesar dos avanços nos indicadores do aleitamento materno no Brasil, a situação ainda está aquém das recomendações nacionais e internacionais. Somente com a pactuação de uma política de aleitamento materno forte, interfederativa e intersetorial será possível alcançar os avanços necessários à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em nosso país. Além disso, é necessário instituir comitês de aleitamento materno nas três esferas de gestão, atuando com recursos humanos, físicos e financeiros para implantação da política pública e apoio dos gestores em todos os níveis da federação.

Linha de cuidado no contexto das Redes de Atenção à Saúde

A articulação de serviços para uma atenção integral e integrada às mulheres, crianças e suas famílias no contexto da amamentação pode parecer desafiadora diante das dificuldades de acesso oportuno, da desarticulação entre serviços, da insuficiente coordenação da atenção e estabelecimento de vínculo, da baixa responsabilização com o cuidado e da continuidade da atenção⁴.

A temática da intersetorialidade e a articulação de serviços são elementos importantes da gestão pública, porém, esses conceitos não se concretizam e não ganham a magnitude como são propostos⁵. Dessa forma, a consolidação da intersetorialidade ganha valor na medida em que se enfrentam as dificuldades na eficiência, efetividade e eficácia na implementação das políticas, principalmente no tocante ao atendimento das demandas da população e dos recursos disponíveis para executá-las.

A concretização da intersetorialidade na amamentação deve ser iniciada com a superação da visão fragmentada da criança. É necessário ter uma visão holística e integrada, que inicialmente não permite compreender o todo, mas gradativamente conseguirá ver as inter-relações ou intersecções que foram historicamente separadas como campos específicos de diferentes atividades profissionais⁶.

Além disso, a organização da atenção à saúde em linhas de cuidado, com vistas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, por

meio de uma rede articulada, integrada e solidária, apresenta-se como uma alternativa diante dos desafios da integralidade.

A linha do cuidado com vistas à atenção integral envolve o acolhimento às necessidades das mulheres e suas famílias, com escuta qualificada, independentemente do local onde as ações são desenvolvidas, desde a visita domiciliar até as unidades terciárias, sob a coordenação da atenção primária⁴.

Para que as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno se concretizem como uma linha de cuidado envolvendo a família, é necessário que a assistência seja iniciada na atenção primária, já que esse âmbito de atenção coordena a integralidade em seus vários aspectos, desde a integração de ações programáticas e da demanda espontânea até o manejo de diferentes tecnologias de cuidado e de gestão, por meio de um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe⁷.

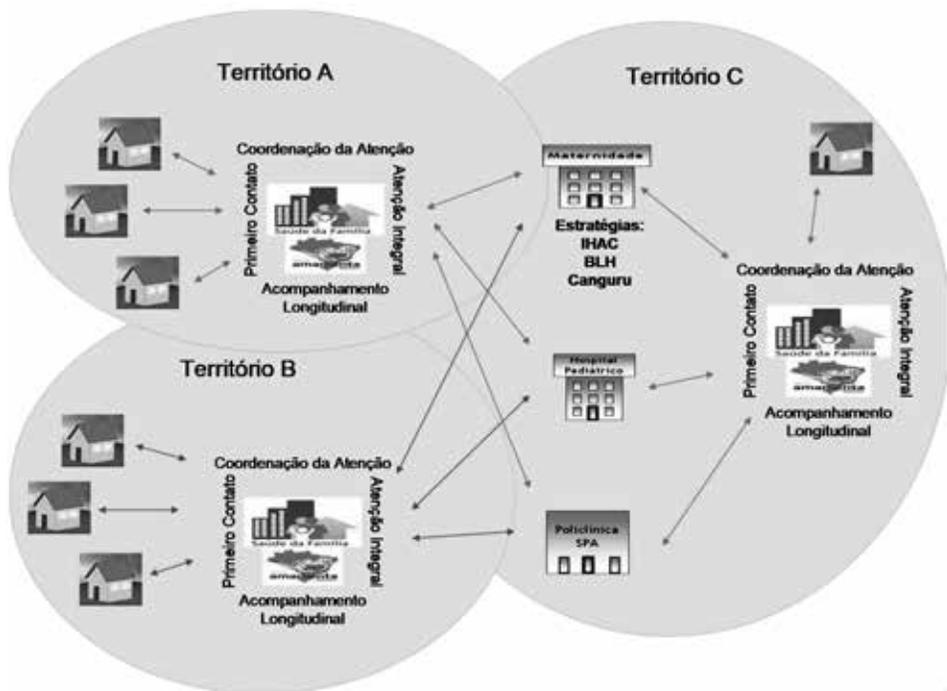
As ações de aleitamento materno se iniciam na Atenção Básica (AB), com um pré-natal de qualidade, visando a preparar a família para a chegada da criança. Esse nível de atenção à saúde deve ser fortalecido, com atuação da Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde. Apesar da AB ser a porta de entrada do SUS, é fundamental que exista articulação entre os diversos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde como, por exemplo, a maternidade onde ocorrerá a assistência ao parto e pós-parto. Após a alta da maternidade, o ciclo retorna para a atenção primária, que é a ordenadora do cuidado. Da mesma forma, as ações em prol do aleitamento materno no âmbito hospitalar precisam estar em consonância com as ações estratégicas da Política de Aleitamento Materno, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite Humano e Método Canguru.

É importante ressaltar que para o desenho da linha de cuidado é preciso levar em consideração as características do território, como, por exemplo, a disponibilidade de serviços e equipamentos de saúde, educação e assistência social, além de outras ofertas existentes na comunidade (centros comunitários, associações de moradores, entre outras) que, articulados, conseguem ofertar uma rede organizada de apoio às famílias. Para os municípios que não apresentam todos os níveis de atenção à saúde é necessário que exista a referência e contrarreferência para as regiões de saúde e muni-

cípios vizinhos. Por isso a importância de uma política pactuada por todas as esferas de governo para a garantia de sua execução.

A Figura 1 apresenta um modelo de atenção horizontal oferecido pela rede de atenção à saúde, sob a coordenação da atenção primária, com referência e contrarreferência para os diversos locais de prestação de serviços de saúde relacionados ao aleitamento materno, considerando as responsabilidades sanitárias e os territórios como pontos de referência⁴.

Figura 1. Referência e contrarreferência relacionada à Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, considerando os territórios e a rede prestadora de serviços de saúde



Modelo-síntese da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno

Em 2010 foi construído o modelo-síntese da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, apresentado, na

Figura 2, como engrenagens que representam cada componente da Política: a) Gestão e Articulação Política; b) Proteção Legal à Amamentação; c) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; d) Iniciativa Hospital Amigo da Criança; e) Método Canguru; f) Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; g) Educação, Comunicação e Mobilização Social; h) Componente Inovador; i) Monitoramento e Avaliação. Esses componentes, integrados e articulados, apresentam características de intervenções complexas, com elevado grau de interdependência entre si⁴. Dessa forma, se uma dessas engrenagens estiver fragilizada não é possível ter uma atenção integral nas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

No entanto, deve-se considerar que esse modelo da política não é permanente, pois possui como característica a adaptabilidade às mudanças epidemiológicas da prática da amamentação e dos fatores que a envolvem, assim como às necessidades de mulheres, crianças e suas famílias. Somente considerando a dinamicidade desse modelo que pode agregar novas engrenagens, visando a atender às especificidades de um país multicultural e territorialmente variado, se poderá alcançar o sucesso da Política.

Figura 2. Componentes da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno (adaptada de Frias *et al.*, 2011)⁸



A operacionalização da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno se dá pelas relações intersetoriais e interinstitucionais com entidades de reconhecida experiência na área e integração de ações estratégicas dos setores Saúde, Educação, Desenvolvimento Social e Sociedade Civil.

Considerando a complexidade do processo de formação e de trabalho de uma linha de cuidado que envolve uma rede solidária, colaborativa e coordenada voltada para implantação de uma política nacional, definiu-se como componente estratégico do modelo a “**Gestão e Articulação Política**”. Esse componente tem como objetivo desenvolver e induzir uma política efetiva e eficiente, integrando e otimizando atividades relacionadas ao incentivo ao aleitamento materno. Para tanto, há necessidade de uma coalizção política associada a uma coordenação nacional da política, que inclui múltiplas atividades, além de um comitê nacional de aleitamento materno de caráter consultivo, com vistas ao assessoramento técnico e ao apoio permanente à sua implementação⁴.

Os demais componentes da política foram desenvolvidos ao longo das últimas décadas e se habilitando em arranjos institucionais que expressam necessidades e tensionamentos sócio-históricos. À luz de novas conformações de modelos assistenciais e do sistema de saúde brasileiro, além das atualizações técnico-científicas, a configuração das intervenções voltadas para o incentivo ao aleitamento materno vem sendo redenhada. Nesse sentido, a política busca expressar o estágio de desenvolvimento alcançado pelas ações no país⁴.

Nesse contexto sociocultural, o componente “**Proteção Legal à Amamentação**” é o pano de fundo que abrange a proposição e o monitoramento de legislações que protejam a mulher desde a gestação e garantam seu direito de amamentar seu filho, por meio do controle do marketing não ético de produtos que competem com essa prática. Nesse componente temos ações intersetoriais de proteção legal, como a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância – NBCAL e a Ação da Mulher Trabalhadora que Amamenta – MTA. A legislação de proteção da maternidade busca garantir o direito da gestante e da mãe como trabalhadora em sua plena capacidade de exercer seu direito produtivo e reprodutivo⁴.

No âmbito da atenção primária, o componente **“Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”** busca fortalecer as equipes de saúde no desenvolvimento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM e alimentação complementar saudável, com adequado acolhimento, estabelecimento de vínculos e responsabilização sobre o cuidado longitudinal, integral às mulheres, crianças e famílias⁴.

No âmbito hospitalar, os componentes **“Iniciativa Hospital Amigo da Criança”**, **“Método Canguru”** e **“Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano”** associam e potencializam ações voltadas para o êxito da Política nesse nível de atenção. O Método Canguru, voltado para os recém-nascidos de baixo peso e suas mães, busca favorecer o aleitamento materno por meio do apoio e assistência na amamentação, na maternidade e no seguimento das crianças, além do fortalecimento do vínculo da família com a criança. A Rede de Bancos de Leite Humano almeja disponibilizar leite humano com segurança a crianças privadas da amamentação, prestando assistência clínica à mulher, criança e sua família, sendo, em última instância, um importante apoio ao aleitamento materno⁴.

O componente **“Educação, Comunicação e Mobilização Social”** tem como objetivo desenvolver competências, difundir conhecimento, incentivar e induzir à mobilização social em torno do aleitamento materno, enquanto o componente **“Monitoramento e Avaliação”** é direcionado a acompanhar a situação dos indicadores da amamentação no país e as intervenções relacionadas à política, além de incentivar e apoiar pesquisa sobre o tema⁴.

Considerações finais

Para a implementação de uma política no contexto das Redes de Atenção à Saúde é preciso que ela se materialize em toda a extensão territorial do país, levando em consideração as diversidades regionais e entre as capitais brasileiras. Nas últimas pesquisas realizadas para se avaliar os indicadores relacionados ao aleitamento materno exclusivo, aleitamento na primeira hora de vida e duração do aleitamento materno, apontaram-se avanços em todas as regiões, porém com diferenças entre as capitais.

É preciso repensar a forma de abordar a política do aleitamento materno no mundo inteiro, pois os resultados dos indicadores dos diversos

países têm se refletido na dificuldade em se alcançar o cumprimento das metas da OMS de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais. Existe a necessidade de se estabelecer maior comprometimento dos governos dos países no investimento de ações da política.

As iniciativas e experiências desenvolvidas no país relacionadas à promoção do aleitamento materno, apesar de reconhecidamente exitosas, têm sido implementadas de forma desigual e muitas vezes desarticuladas, com insuficiente ênfase tanto em ações intersetoriais como na gestão integrada de estratégias do setor saúde. No entanto, essas iniciativas credenciam o Brasil a almejar a definição de uma política nacional relacionada ao tema, objetivando aproximá-la de uma política de estado⁴.

A definição de uma Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, que considera os valores relacionados à dignidade humana, ética e solidariedade, fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, organizada em uma rede de atenção horizontal, integrada e solidária, que prevê uma linha de cuidado e tendo o território como referência, contribuirá para a consolidação do país como detentor de políticas públicas articuladas, com vistas a aumentar a prevalência e a duração do aleitamento materno⁴.

O aprendizado gerado a partir das múltiplas iniciativas ao longo das últimas décadas, aliado à visão no horizonte quanto à necessidade de intervenções intersetoriais com estratégias integradas do setor Saúde, e o compartilhamento de responsabilidades entre setores governamentais e sociedade sinalizam a necessidade de continuar aperfeiçoando e comunicando o modelo brasileiro de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno⁴.

Referências

1. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(1): pp.S37-S45
2. Venancio, SI, Monteiro, CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Brasileira de Epidemiologia*. 1998;1:40-9.

3. Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. [acesso em 30 jul 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
4. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2017.
5. Carmo ME, Guizard FL. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis*. 2017;27(4):1265-86.
6. Didonet V. Brasília: Rede Nacional pela Primeira Infância, 2010.
7. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
8. Frias PG, *et al.* Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no âmbito municipal. In: Secretaria de Saúde do Recife. Aleitamento materno: da visita domiciliar ao banco de leite humano. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2011; p. 11-19.

Sistemas Adaptativos Complexos para implementação em escala de Programas de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno

Gabriela Buccini^I
Rafael Pérez-Escamilla^{II}

Amamentação como um direito humano no século 21

Evidências do início dos anos 2000 já apontavam o aleitamento materno (AM) como uma entre as 15 intervenções preventivas viáveis, efetivas e de baixo custo que isoladamente pode contribuir para a redução da mortalidade infantil¹. A publicação *Lancet Breastfeeding Series*, em 2016, reuniu fortes evidências de que a amamentação traz benefícios substanciais para além da sobrevivência das crianças, beneficiando em diferentes aspectos mulheres e lactentes em países de alta, média e baixa renda^{2,3}. (Esses benefícios são abordados no Capítulo 2).

A economia dos países também é afetada substancialmente pela prática da amamentação. Rollins *et al.*³ apontam pelo menos três aspectos em que a amamentação pode beneficiar a economia mundial: (i) o

I Gabriela Buccini (gabibuccini@gmail.com) é Consultora internacional em amamentação certificada pelo International Board of Lactation Consultants Examiners (IBLCE); Mestre e doutora em Nutrição em Saúde Pública; pós-doutorado em Ciências da Implementação de Políticas Públicas com foco em Programas em Amamentação e Saúde Materno-Infantil na Yale School of Public Health; e atualmente é Pesquisadora Associada na Yale School of Public Health.

II Rafael Pérez-Escamilla (rafael.perez-escamilla@yale.edu) é Professor de Epidemiologia e Saúde Pública; Diretor do Programa de Saúde Global na Yale School of Public Health; Mestre em Ciências dos Alimentos e doutor em Nutrição pela University of California at Davis. Membro do National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (NASEM) Food and Nutrition Board e conselheiro sênior de programas comunitários de nutrição materno-infantil, bem como projetos de medição de segurança alimentar financiados pela OMS, OPAS, UNICEF, FAO, UNESCO, UNDP, CDC, USDA, USAID, Banco Mundial, Fundação Gates e Governos do México, Brasil e Colômbia.

custo de longo prazo acarretado pela perda cognitiva, que afeta o potencial de obter maior renda e a contribuição para a produtividade. As perdas cognitivas associadas à não amamentação, por exemplo, somam 302 milhões de dólares anualmente, ou 0,49% da Renda Bruta Nacional mundial, com impacto tanto em países de média e baixa renda quanto em países de alta renda, onde as taxas de amamentação são menores; (ii) a redução nos gastos em tratamentos de saúde, diminuindo a pressão nos sistemas de saúde. A redução da incidência de episódios de diarreia e de infecções respiratórias, por exemplo, diminui em 72% e 57% as internações hospitalares, respectivamente; e (iii) a contribuição do leite materno para padrões de produção e consumo mais responsáveis ambientalmente, uma vez que o leite materno é um alimento natural e renovável, ambientalmente seguro, produzido e entregue ao consumidor sem causar poluição, sem embalagens desnecessárias nem desperdícios. Assim, o leite materno torna-se um recurso inestimável para que se alcancem a sustentabilidade global e as metas de mudanças climáticas.

Tais evidências ratificam a proteção e o apoio à amamentação como um direito humano. Diversos documentos ajudaram a moldar o consenso internacional emergente sobre o significado do direito humano à alimentação adequada aplicado às crianças, com vistas a garantir justiça social e equidade. No caso da amamentação, a prática deve ser vista como um direito da mãe e da criança juntas. O direito da criança à amamentação não impõe à mãe a obrigação de amamentar; nesse sentido, o direito à amamentação significa que nenhuma força externa tem a prerrogativa de interferir na relação entre a mãe e a criança⁴. O estado deve, portanto, assegurar que as mães recebam apoio e estejam habilitadas para fazerem boas escolhas por meio da oferta de um atendimento pré-natal de qualidade; contribuir para a viabilização da prática do aleitamento materno exclusivo (AME) e AM continuado, provendo legislação de proteção à maternidade que permita às mulheres conciliar o trabalho e a amamentação de seus bebês; incentivar estabelecimentos de saúde “amigos” da amamentação. Por fim, garantir que nenhuma mulher seja impedida ou precavida de amamentar^{4,5}. Nessa concepção ampla de direitos, qualquer fator social, econômico, político, legal ou biomédico que impeça as mulheres de implementarem suas escolhas e o direito de amamentar podem ser enquadrados como uma injustiça social⁵.

O leite materno, alimento *in natura*, disponível, social e ambientalmente sustentável, é uma recomendação alimentar para além dos nutrientes e em sintonia com nosso tempo⁶. Prover práticas acessíveis e programas de alta qualidade oferecendo apoio para todas as mulheres que querem amamentar é um bom investimento para a sociedade em geral e um passo fundamental para atingir as Metas do Desenvolvimento Sustentável até 2030³.

Cenário epidemiológico e os desafios brasileiros para avançar nos indicadores de aleitamento materno

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a amamentação exclusiva seja praticada até o 6º mês de vida do lactente e após esse período a criança continue sendo amamentada juntamente com alimentos complementares até os 2 anos de vida ou mais. Uma criança é considerada em AME quando recebe somente leite materno, direto da mama ou dela retirado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos⁷.

No Capítulo 3 é apresentada com detalhes a evolução dos indicadores de AM e AME no Brasil, mostrando uma possível estabilização desses indicadores na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013.

Para que o Brasil alcance a meta da OMS de aumentar as taxas mundiais de AME para 50% até o ano de 2025⁸, é essencial considerar pelo menos três recomendações realizadas a partir das análises dos indicadores nacionais: (1) acelerar o ritmo de crescimento do AME⁹, (2) promover essa prática até o sexto mês, considerando grupos particulares da população¹⁰ e (3) rever as políticas e programas nacionais de promoção, proteção e apoio a amamentação exclusiva com incorporação de novas estratégias¹¹. Para que essas recomendações sejam efetivas é imprescindível que se desenvolvam mecanismos inovadores de implementação em escala de programas de proteção, promoção e apoio à amamentação que garantam sustentabilidade a longo prazo.

Com vistas a refletir e contribuir com o aumento da amamentação em diversos contextos de prevalência de amamentação e grau de implementação das políticas públicas, esse capítulo tem como objetivos:

- apresentar ingredientes chaves para o sucesso de programas nacionais de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (**Seção 1**);
- apresentar ingredientes chaves para o sucesso da implementação em escala e sustentabilidade de programas nacionais de aleitamento materno à luz das evidências da ciência da implementação (**Seção 2**);
- apresentar a aplicação dos sistemas adaptativos complexos no modelo de engrenagens para implementar em escala as políticas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (**Seção 3**);
- discutir perspectivas futuras da aplicação dos sistemas adaptativos complexos considerando o cenário epidemiológico mundial e desafios brasileiros para avançar nos indicadores de amamentação.

Seção 1. Programas Nacionais de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno

Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno

A experiência mundial indica que o avanço nas práticas de amamentação é o resultado de uma forte coordenação entre atividades de proteção, promoção e apoio à amamentação^{12,13}. **Proteção** refere-se às ações e políticas que permitem que as mulheres exerçam o direito de amamentar seus filhos se elas escolherem fazê-lo. Exemplos de ações para políticas de proteção incluem (i) legislação para regular o marketing de produtos que competem com a amamentação, tendo como referência o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno¹⁴, (ii) legislação sobre licença maternidade remunerada e pausas durante o horário de trabalho^{15,16} e (iii) medidas contra o assédio durante a amamentação em espaços públicos. **Promoção** refere-se às ações realizadas para promover amplamente os benefícios da amamentação e estratégias de apoio por meio de divulgação em massa. Exemplos de ações de promoção da amamentação incluem (i) campanhas como a Semana Mundial de Amamentação, (ii) o uso da mídia (por exemplo rádio, jornal e TV) e outros meios de comunicação (por exemplo, Facebook,

Instagram, Twitter, blogs) para divulgação de campanhas e informações e (iii) campanhas planejadas para promover mudanças no comportamento em relação à amamentação¹⁷. **Apoio** está relacionado às ações e programas para capacitar e dar suporte para que mulheres implementem sua decisão e metas de amamentação. O apoio à amamentação é necessário em diversos domínios, exemplos incluem acesso a serviços de assistência à amamentação, bem como familiares e outras fontes de apoio social¹².

Ingredientes-chave para implementar Programas Nacionais de Aleitamento Materno

A Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância (Estratégia Global) foi delineada para guiar a ação de governos, organizações internacionais e demais partes interessadas no que diz respeito à implementação em escala de políticas e programas de proteção, promoção e apoio à amamentação.¹⁸ A Estratégia Global baseia-se em nove metas operacionais. As quatro primeiras metas operacionais foram extraídas da *Declaração de Innocenti* de 1990 e estão diretamente relacionadas à implementação em escala dos programas nacionais de amamentação. O segundo conjunto, com cinco metas operacionais, aborda ações complementares para proteção da amamentação, incluindo ações para atender às necessidades especiais de crianças vulneráveis e suas famílias (por exemplo, aquelas afetadas pelo HIV e emergências humanitárias) (**Quadro 1**).

Quadro 1. Metas operacionais da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância* (2003)¹⁸

Quatro metas operacionais da Declaração de Innocenti, de 1990
1. Nomear um coordenador nacional com poder apropriado e criar uma comissão nacional multissetorial para a promoção da amamentação, constituído por representantes dos serviços governamentais pertinentes, das organizações não governamentais e das associações dos profissionais na área da saúde.
2. Assegurar que todas as instituições que prestem serviços de maternidade respeitem plenamente os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” enunciados na declaração conjunta OMS/UNICEF.
3. Colocar em prática os princípios do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e das resoluções posteriores relevantes da Assembleia Mundial de Saúde.
4. Aprovar leis inovadoras que protejam o direito das mulheres trabalhadoras a amamentar e adotar as medidas para assegurar a sua aplicação.

*Adaptado de: Organização Mundial da Saúde/UNICEF. Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, 2003.

Cinco metas operacionais suplementares

1. Elaborar, executar, monitorar e avaliar uma política completa sobre alimentação do lactente e da criança pequena, no contexto das políticas e dos programas nacionais relativos à nutrição, saúde da criança, saúde reprodutiva e redução da pobreza.
2. Assegurar que o setor da saúde e outros setores relacionados protejam, promovam e apoiem a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses e a continuação do aleitamento materno até os 2 anos ou mais, bem como garantir que as mulheres que amamentam – na família, na comunidade e no trabalho, – tenham acesso aos meios necessários para atingir suas metas de amamentação.
3. Promover uma alimentação complementar oportuna, adequada, segura e apropriada, sem interrupção do aleitamento materno.
4. Proporcionar aconselhamento sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas em circunstâncias excepcionalmente difíceis, oferecer suporte adequado às mães, às famílias e a outros cuidadores que necessitem.
5. Considerar a necessidade de novas medidas, legislativas ou não, no contexto de ampla política sobre alimentação de lactentes e crianças pequenas, para dar cumprimento aos princípios e objetivos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e resoluções relevantes posteriores da Assembleia Mundial de Saúde.

Essas metas operacionais traduzidas em objetivos concretos são a linha mestra para o desenvolvimento de três documentos fundamentais para o sucesso da implementação em escala dos programas de amamentação: estratégia, política ou plano de ação¹³. Uma estratégia nacional é um documento normativo breve que define os princípios básicos nos quais as ações de implementação devem ser baseadas; uma estratégia pode ser um guia para elaboração de um planejamento mais detalhado e servir de base para guiar ações de curto prazo, enquanto um documento de políticas mais amplo está sendo desenvolvido ou revisado. Uma política nacional é um documento formal que estabelece a posição do governo e geralmente é desenvolvida durante um longo período de tempo. Por fim, um plano de ação específico é um documento elaborado especialmente para definir ações de defesa da amamentação, identificação de recursos, mobilização, atribuição de papéis e responsabilidades e monitoramento da implementação. Evidências apontam que esse conjunto de elementos é essencial para o sucesso da implementação dos programas de amamentação em escala, bem como para sua sustentabilidade em longo prazo.¹²

Seção 2. Programas Nacionais de Aleitamento Materno: ingredientes-chave para ter sucesso na implementação em escala e sustentabilidade

Implementação em escala

Implementar intervenções de saúde efetivas em larga escala é um tema central para o sucesso do cumprimento das Metas do Desenvolvimento Sustentável até 2030. O planejamento estratégico bem-estruturado para implementar em escala é fundamental para que os objetivos, impactos e sustentabilidade sejam alcançados¹⁹.

Nessa seção definiremos **implementação em escala** como “um processo de implementação com esforços planejados para ampliar ou expandir inovações em saúde, com sucesso e efetividade comprovados para grandes segmentos da população-alvo, fomentando políticas e programas sustentáveis”¹⁹⁻²². “**Inovação**” refere-se a componentes de serviços, práticas de saúde ou produtos que são novos ou percebidos como novos. Normalmente, a inovação consiste em um “conjunto de intervenções”, incluindo não apenas uma nova tecnologia, prática clínica, componente educacional ou iniciativa comunitária, mas também os processos gerenciais necessários para uma implementação bem-sucedida. “**Sucesso comprovado**” destaca que as intervenções a serem expandidas são apoiadas por evidências locais de efetividade e viabilidade do programa obtidas por meio de testes piloto, demonstração ou projetos experimentais ou mediante introdução inicial em um número limitado de locais. “**Esforços de implementação planejados**” marcam a expansão em escala como um processo guiado/planejado, em contraste com a difusão espontânea de inovações. “**Desenvolvimento de políticas e programas sustentáveis**” aponta para a importância da capacitação e sustentabilidade.¹⁹ O objetivo principal de se implementar em larga escala é, portanto, que os benefícios resultantes de novas tecnologias e inovações possam ter um impacto importante e rápido na melhoria da qualidade de saúde em um grande segmento da população^{19,21,32}.

A implementação em escala tem várias dimensões (incluindo demanda, oferta e impactos) e requer um plano estratégico de acordo com o tipo de expansão a ser delineado: (i) *escala horizontal* – ocorre quan-

do existe a expansão ou a replicação de um programa para outras áreas geográficas ou populações-alvo; (ii) *escala vertical* – ocorre quando os governos tomam a decisão de implementar uma política, programa governamental ou institucional em larga escala, seja em nível nacional ou subnacional; (iii) *escala funcional* – consiste em diversificar, testando e adicionando componentes baseados em evidências aos “pacotes” de programas implementados em larga escala. A sustentabilidade dos programas implementados em escala é, em geral, o resultado da integração bem-sucedida de processos de expansão em escala vertical e horizontal com a capacidade de incorporar diversificação ou adaptação (escala funcional), conforme necessário²².

Essa definição e conceitos de implementação em escala vêm sendo amplamente utilizados na área de implementação de programas de nutrição e saúde pública^{20,23}. Gillespie *et al.*²⁰, em revisão sistemática, identificaram nove elementos-chave para o sucesso da implementação em escala de programas de nutrição.

Primeiro, ter uma visão clara e compartilhada de metas de impacto. Para cumprir esse elemento é necessário que se tenha clareza desde o início quanto ao tipo e nível de impacto esperado com a implementação em escala. É primordial que indicadores e métricas, acompanhados de uma justificativa para cada meta esperada, sejam estabelecidos desde o planejamento estratégico.

Segundo, considerar as características das intervenções e programas que serão implementados em escala. É importante que as partes interessadas tenham clareza sobre as características da intervenção para guiar as expectativas em relação ao impacto esperado.

Terceiro, considerar as características do contexto organizacional. Um contexto organizacional favorável, ou seja, que esteja pronto e propicie a implementação em escala. Um ambiente favorável é fortemente impulsionado por fatores políticos e estruturais específicos a cada comunidade e sistemas de organização. Experiências de expansão bem-sucedidas geralmente focam explicitamente na adaptação da intervenção ao contexto em que ela será implementada.

Quarto, estabelecer diretrizes e lidar com as barreiras. As diretrizes incluem diferentes tipos de catalisadores ou gatilhos como, por exemplo,

incentivos fiscais bem-definidos, processos que gerem sentimento de propriedade pela implementação e inclusão de lideranças em nutrição que muitas vezes desempenham um papel importante como catalisadores. Experiências de escala bem-sucedidas, geralmente, reconhecem e antecipam barreiras potenciais e desenvolvem planos estratégicos para contorná-las.

Quinto, escolher estratégias contextualmente relevantes e delinear caminhos para implementar em escala. Implementar em escala vai além de ampliar quantitativamente o número de serviços; uma implementação em escala funcional precisa considerar as múltiplas estratégias de escalonamento dentro de cada contexto e conectá-las considerando a complexidade dos sistemas locais.

Sexto, construir capacidades operacionais e estratégicas. Identificar capacidades necessárias para planejar, implementar e sustentar o processo de implementação em escala (ou seja, individual, organizacional, sistêmica), além de identificar as vias e processos específicos de implementação para cada contexto, fazem parte de um planejamento estratégico. O planejamento estratégico é um elemento-chave para garantir a sustentabilidade da implementação em escala.

Sétimo, assegurar adequação, estabilidade e flexibilidade do financiamento. Para atingir as metas de construção de capacidades é necessário ter estabilidade e garantia do financiamento.

Oitavo, garantir adequadas estruturas de governança e gerenciamento dos sistemas. A governança precisa ser claramente refletida na estratégia e no processo de implementação. A governança é o coração do processo de tomada de decisão, supervisão e responsabilização pelos recursos, por isso a implementação em escala exige uma boa compreensão das estruturas de governança envolvidas, ou seja, interseção entre governança vertical (do nível nacional ao local) e governança horizontal (coordenação interssetorial).

Nono, incorporar mecanismos de monitoramento, aprendizado e responsabilidade. Um bom sistema de monitoramento e avaliação – ligado aos sistemas de governança – é necessário para orientar a expansão da implementação na direção certa e para que a implementação em escala do programa ou intervenção torne-se sustentável com altos níveis de cobertura e qualidade.

Muitos programas bem-sucedidos de nutrição implementados em larga escala apresentaram vários desses elementos-chaves²³. A compreensão desses conceitos e elementos é fundamental para a discussão da implementação em escala, no contexto das políticas e programas de aleitamento materno, proposta nas próximas seções deste capítulo.

A pesquisa de implementação e os sistemas adaptativos complexos

Pesquisa de implementação é o estudo científico de métodos para promover o uso sistemático, a adoção e a integração das evidências científicas em políticas e práticas de saúde e, portanto, promover a melhora da qualidade e efetividade dos serviços e cuidados de saúde^{24,25}. Essa definição de ciência da implementação enfatiza o estudo de fatores que influenciam o uso completo e efetivo de evidências científicas na prática do cotidiano²⁶. Dois objetivos fundamentais da ciência da implementação são: (1) identificar e abordar grandes gargalos (por exemplo, social, comportamental, econômico ou de gestão) que impedem uma implementação efetiva de programas no “mundo real”; e (2) descobrir se os programas que estão sendo implementados terão o impacto pretendido ou não e o porquê²⁷. Para atingir esses objetivos, a ciência da implementação busca compreender o comportamento dos profissionais da saúde e outras partes interessadas para entender os mecanismos de sustentabilidade da absorção, adoção e implementação de intervenções baseadas em evidência²⁷.

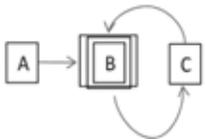
O uso dos Sistemas Adaptativos Complexos (SAC) tem sido uma importante contribuição da ciência da implementação para o campo da nutrição. Esse conceito de SAC vem se desenvolvendo ao longo de anos por pesquisadores de Sistemas de Saúde. Os sistemas são considerados **complexos** no sentido de que são diversos, e **adaptativos** porque têm a capacidade de mudar e aprender com a experiência. Dessa forma, o conceito de SAC aplicado aos sistemas de saúde pode ser definido como “uma abordagem multidisciplinar para compreender o comportamento de diversos agentes e processos interconectados a partir de uma perspectiva ampla de sistema”²⁸.

O SAC é um modelo teórico-conceitual adequado para orientar a implementação em escala de programas de amamentação, uma vez que

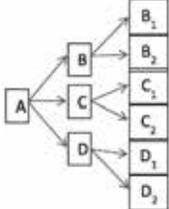
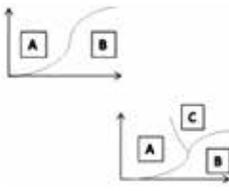
se baseia em abordagens multidisciplinares para a compreensão do comportamento de diversos agentes interconectados e processos, a partir de uma perspectiva não linear de sistema^{12,29}. O SAC reconhece que os programas e intervenções em saúde são formados por diversas partes móveis que têm a capacidade de se auto-organizar e adaptar conforme exigido pelas circunstâncias e aprender com a experiência^{28,30}.

Os constructos-chave do SAC incluem: retroalimentação ou *feedback loops*, redes ou conexões em livre escala, fase de transição, caminhos dependentes e comportamento emergente. Esses constructos-chave têm sido utilizados para entender a sustentabilidade da implementação de diversos programas de saúde em larga escala³¹ e podem também ser adaptados para avançar na compreensão da implementação e sustentabilidade de programas de amamentação¹². No **Quadro 2** apresentamos a definição de cada constructo-chave do SAC, bem como exemplos da sua aplicabilidade no contexto de implementação de programas de amamentação.

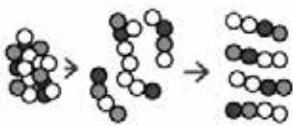
Quadro 2. Metas operacionais da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância* (2003)¹⁸

SAC constructo	Definição	Exemplo de aplicação no campo da ciência da implementação e amamentação*
<p>Retroalimentação ou <i>feedback loops</i></p> 	<p>A retroalimentação ou <i>feedback loops</i> ocorre quando o resultado de um processo dentro do sistema gera um <i>input</i> dentro do mesmo sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Feedback</i> positivo aumenta a chance de mudanças de um fator em direção ao outro extremo; - <i>Feedback</i> negativo modula a direção da mudança. 	<p>A peça central do sucesso de um programa nacional de amamentação é a habilidade de coordenar serviços hospitalares e comunitários por meio de um sistema de referência e contrarreferência, criando, dessa forma, um <i>feedback</i> positivo dentro do sistema de saúde.</p> <p>Exemplo. Ensaios clínicos randomizados conduzidos no Brasil e Bielorrússia demonstraram que a implementação do passo 10 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que representa a conexão entre o hospital e a comunidade, é crucial para sustentar o impacto positivo no aleitamento materno em longo prazo³².</p>

*Exemplos adaptados de Pérez-Escamilla¹²

SAC constructo	Definição	Exemplo de aplicação no campo da ciência da implementação e amamentação*
<p>Redes ou conexões em livre escala</p> 	<p>Estruturas que são denominadas por poucos pontos focais ou pontos centrais de interligações com ilimitado número de conexões, seguindo uma distribuição de lei de influência e poder.</p>	<p>Análise de redes sociais é uma ferramenta poderosa que pode ser usada para modelar a “propagação” ou “contaminação” de comportamentos relacionados à saúde³³. A “propagação” da amamentação como comportamento positivo pode ser fortemente facilitada pelo suporte público de indivíduos altamente visíveis ou modelos que outros procuram imitar.</p> <p>Exemplo. O sucesso de campanhas de amamentação em meios de comunicação de massa que têm como personagens atrizes famosas, estrelas do esporte ou outras celebridades. Obstetras e pediatra também são forças muito influentes por trás do sucesso de programas nacionais de amamentação.</p>
<p>Fase de transição</p> 	<p>Surge quando ocorrem mudanças radicais nas características de parâmetros do sistema ou quando eles alcançam certos pontos críticos ou pontos de inflexão.</p>	<p>Após a definição de uma estratégia ou política nacional de amamentação existirá uma fase de transição entre esse lançamento, sua implementação em escala nacional e resultados esperados.</p> <p>Exemplo. No Brasil, vários anos após a implementação do Programa Nacional de Aleitamento Materno foi possível observar impactos substantivos nos indicadores de amamentação. Nesse caso, os anos iniciais da fundação do programa nacional envolveram fortes esforços de defesa em prol da amamentação (advocacia), baseados em evidências para criar as condições adequadas para o programa emergir e apresentar resultados^{10,12}.</p>
<p>Caminhos dependentes</p> 	<p>Indica que processos com pontos de partida semelhantes podem levar a diferentes resultados por causa de bifurcações e escolhas feitas ao longo do caminho.</p>	<p>Dependência dos trajetos explica por que programas nacionais de amamentação nacional precisam ser adaptados para os contextos.</p> <p>Exemplo. Em um período estipulado de cinco anos (2009-2014), Alive & Thrive desenvolveram uma campanha para divulgação em massa de mensagens de promoção do aleitamento materno na Etiópia, Bangladesh e Vietnã. Apesar de se tratar do mesmo programa, as mensagens da campanha variaram para cada país. As mensagens e as estratégias de implementação foram desenvolvidas com base em resultados de pesquisas formativas sobre barreiras específicas de cada contexto. No geral, os programas nesses países alcançaram um enorme sucesso – aumentando as taxas de amamentação exclusiva em apenas cinco anos – a taxa triplicou para 57% no Vietnã e para mais de 80% na Etiópia e Bangladesh³⁴.</p>

*Exemplos adaptados de Pérez-Escamilla¹².

SAC constructo	Definição	Exemplo de aplicação no campo da ciência da implementação e amamentação*
<p>Redes ou conexões em livre escala</p> 	<p>Refere-se ao comportamento espontâneo de criação de ordem a partir do “caos”. O comportamento emergente organizado ocorre quando entidades menores contribuem de forma espontânea como um coletivo para emergir comportamentos organizados.</p>	<p>A experiência mundial indica que o sucesso da implementação em escala emerge da união de atores-chave e processos no momento e local certos, seguindo um cenário semelhante à “tempestade perfeita”¹².</p> <p>Exemplo. No Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980, com o aumento das evidências da importância da amamentação e a documentação das drásticas consequências do desmame precoce e das práticas abusivas de marketing, surgiu o movimento popular de resgate e defesa da amamentação. Em conjuntura com esses acontecimentos em nível nacional, ocorriam outros importantes acontecimentos internacionais em defesa da amamentação. Essa tempestade perfeita de eventos impulsionou a criação da primeira Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)¹⁹. Dessa forma, o comportamento emergente iniciou-se com a advocacia e defesa da amamentação unindo-se à vontade política que gerou uma legislação forte com recursos para implementação de campanhas sociais e investigação operativa.</p>

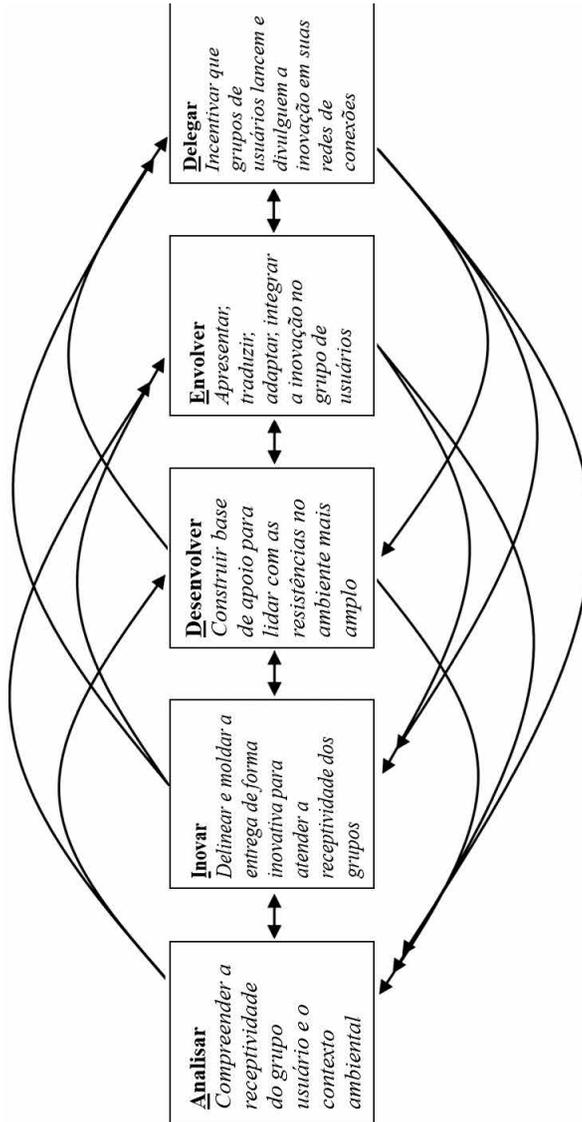
*Exemplos adaptados de Pérez-Escamilla¹².

Seção 3. O Modelo de Engrenagens para ampliar as políticas de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno

O modelo teórico AIDED

O modelo teórico “Analisar, Inovar, Desenvolver, Engajar e Delegar” (AIDED) é um exemplo de aplicação dos conceitos SAC. Esse modelo foi desenvolvido para entender como melhor implementar em escala inovações relacionadas à saúde da família, incluindo a amamentação³¹. **(Figura 1)**

Figura 1. Esquema do sistema de implementação em escala AIDED. Reproduzido e traduzido de Bradley *et al.*³¹



O AIDED representa um modelo integrado e prático para sintetizar experiências de implementação em escala e inclui cinco componentes inter-relacionados:

1. **Analisar:** a avaliação e análise envolve examinar em profundidade as preferências dos grupos de usuários, bem como fatores contextuais e ambientais que podem facilitar ou ser barreiras para a adoção do programa em escala.

2. **Inovar** no modo de delinear e entregar o programa para se adequar à receptividade dos usuários. Adaptação assume que é viável fazer alterações no *design* e no modo de entrega do programa para atender às necessidades do contexto local. Dessa forma, inovar implica adaptar o programa às especificidades do contexto e às preferências e necessidades locais e dos usuários.

3. **Desenvolver** uma estratégia de implementação e sensibilização, na qual é crucial identificar resistências ou barreiras aos esforços de expandir a utilização do programa. Essa estratégia envolve capacitar e educar usuários sobre o programa, bem como identificar e abordar possíveis resistências à inovação. Ações regulatórias, como manuais e normas técnicas, bem como incentivos econômicos ou de financiamento são importantes para promover um ambiente favorável.

4. **Envolver** os principais grupos interessados durante todo o processo de expansão, considerando diferentes tipos de introdução da inovação aos grupos de usuários: (i) introdução de fora para dentro do grupo de usuários por meio de pessoas e ou relacionamentos-chave; (ii) tradução da inovação para que os grupos de usuários possam assimilar a nova informação; e (iii) integração da inovação nas práticas rotineiras e normas sociais dos grupos de usuários.

5. **Delegar** esforços de disseminação a grupos de usuários que tiveram acesso às informações sobre a inovação ou programa, apresentando as informações para um novo grupo de usuários dentro de suas redes sociais ou conexões, para que a propagação e ampliação do programa ocorra de forma natural.

Esses cinco componentes do AIDED formam um sistema não linear composto por múltiplos *feedbacks*, os quais permitem que países iniciem seus processos de expansão em escala a partir de diferentes pontos de partida e por diferentes caminhos e, ainda assim, alcancem sucesso nos resultados esperados e sustentabilidade na implementação em escala.

Identificando ingredientes-chave para implementação em larga escala de programas de amamentação

Perez-Escamilla *et al.*¹², em ampla revisão sistemática da literatura identificaram fatores críticos – facilitadores e barreiras – para efetiva implementação em escala de programas de amamentação. A revisão identificou 22 fatores facilitadores e 15 barreiras relacionados à disseminação, difusão, implementação em escala e ou sustentabilidade (**Quadro 3**).

Quadro 3. Fatores críticos para efetiva implementação em escala de programas de amamentação. Adaptado e traduzido de Pérez-Escamilla *et al.*¹²

		Nº citações*	Componente do modelo AIDED
Barreiras	Marketing antitético de fórmula infantil	7	Desenvolver, Engajar, Delegar
	Crenças culturais: leite insuficiente, outros	5	Inovar, Engajar
	Dificuldade em justificar contratação de agentes comunitários de saúde somente para promoção da amamentação	5	Desenvolver, Delegar
	Sistema de desenvolvimento de força de trabalho não sustentável (afeta a sustentabilidade)	3	Desenvolver
	Dependência extrema de ajuda internacional (afeta a sustentabilidade)	3	Desenvolver
	Fraco sistema de monitoramento e avaliação	3	Desenvolver
	Falta de ações de promoção e apoio à amamentação no nível da comunidade	3	Desenvolver, Engajar, Delegar
	Voluntários não remunerados, alta rotatividade	3	Desenvolver, Delegar
	Trabalho materno	2	Engajar
	Demora no tempo para se detectar impacto	1	Desenvolver
	Equipes médica e multiprofissional sobrecarregadas em serviços hospitalares e na comunidade	1	Desenvolver
	Falta de incentivos multiníveis	1	Analisar, Desenvolver

*Fatores ordenados de acordo com o número de citações.

		Nº citações*	Componente do modelo AIDED
Barreiras	Falta de um sistema de referência e contrarreferência para manejo de problemas de amamentação	1	Engajar
	Falta de capacitação em habilidades de aconselhamento em amamentação entre aconselhadore aos pares e agentes comunitários de saúde	1	Engajar
Facilitadores	Contextual		
	Declarações, reuniões e consensos internacionais	8	Desenvolver
	Recomendações com base em evidências (OMS): início precoce da amamentação, amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses	5	Desenvolver
	Grupos internacionais de advocacia e amamentação: IBFAN, WABA	5	Desenvolver
	Suporte político		
	Comprometimento em longo prazo com a implementação em escala	9	Delegar
	Grupos locais de advocacia e formação de alianças, incluindo opinião pública de líderes	8	Desenvolver
	Mobilização e comprometimento da sociedade civil	6	Desenvolver
	Sensibilização política	6	Desenvolver
	Vontade política	6	Desenvolver
	Análises de custos e economias	6	Analisar
	Sustentabilidade e Processos facilitadores		
	Pesquisa e Avaliação		
	Pesquisa formativa operacional/ estudos pilotos	8	Analisar
	Pesquisa inicial (<i>baseline</i>) sobre as necessidades dos serviços hospitalares e comunitários	7	Analisar
	Modos de entrega dos programas		
Modo de entrega dos programas hospitalares, por exemplo, Iniciativa Hospital Amigo da Criança	8	Inovar, Desenvolver, Engajar e Delegar	

*Fatores ordenados de acordo com o número de citações.

		Nº citações*	Componente do modelo AIDED
Facilitadores	Promoção e apoio à amamentação por meio de serviços comunitários: Unidade Básica Amiga da Amamentação, aconselhamento aos pares, agentes comunitários de saúde, grupos de apoio de mães	8	Inovar, Desenvolver, Engajar e Delegar
	Comunicações e campanhas em mídias de massa para mães, líderes políticos e tomadores de decisão. Incluir celebridades na divulgação das mensagens	8	Inovar, Engajar e Delegar
	Sistemas de entrega de programas por outros programas existentes: imunização, controle da diarreia, planejamento familiar e outros	6	Inovar, Desenvolver, Engajar e Delegar
	Eventos visíveis na comunidade: Semana Mundial da Amamentação e outros	3	Inovar, Engajar e Delegar
	<i>Desenvolvimento da força de trabalho</i>		
	Capacitação de administradores, profissionais de saúde e técnicos	10	Desenvolver e Delegar
	Apoio e endosso de sociedades médicas	3	Desenvolver
	Currículo das escolas médicas e de enfermagem	3	Desenvolver
	<i>Legislação</i>		
	Licença-maternidade, ações de apoio no local de trabalho, legislação com base no Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno	6	Desenvolver e Delegar
	<i>Coordenação e controle de qualidade</i>		
	Coordenação intersetorial: governo, sociedade civil (ONG), sociedades médicas, pesquisadores e acadêmicos, mídia	8	Desenvolver, Engajar e Delegar
	Monitoramento e avaliação com baixo custo e rápida resposta	6	Analisar, Desenvolver

*Fatores ordenados de acordo com o número de citações.

Esses fatores críticos foram mapeados de acordo com os cinco componentes do modelo AIDED, o que resultou na identificação de ingredientes-chave para o sucesso da implementação em larga escala de programas de amamentação:

Analisar. Evidências indicam que o sucesso na disseminação, difusão e expansão em escala de programas de amamentação está fortemente relacionado à pesquisa formativa para identificação das necessidades do sistema de saúde, serviços e comunidade, bem como pesquisas operacionais e estudos piloto. Esses esforços foram particularmente bem-sucedidos quando as avaliações de necessidades foram realizadas com o foco na implementação em escala considerando os diferentes setores envolvidos.

Inovar. Foram identificadas pelo menos três inovações-chave para a efetividade do delineamento e entrega dos programas de amamentação em escala: (i) comunicações e campanhas de mídia que prepararam o terreno para a introdução de um programa de promoção da amamentação em áreas-alvo; (ii) sistemas de entrega baseados em serviços hospitalares (por exemplo, Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC); (iii) promoção da amamentação exclusiva baseada em programas comunitários ou de Atenção Primária à Saúde que incluíram aconselhamento aos pares ou por agentes comunitários de saúde, grupos de apoio para mães, além de outros eventos visíveis na comunidade (por exemplo, Semana Mundial da Amamentação).

Desenvolver. Recomendações e consensos internacionais baseados em evidências sobre alimentação infantil, emitidos por organizações internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e OMS, têm sido a base para o desenvolvimento de esforços mundiais para ampliar os programas de promoção da amamentação. Traduzir essas recomendações em ação é o resultado de esforços de organizações e redes internacionais em defesa do direito de amamentação (por exemplo, *International Baby Food Action Network* – IBFAN, *World Alliance for Breastfeeding Action* – WABA), bem como grupos locais de defesa da amamentação e coalisões com várias partes interessadas, incluindo líderes de opinião pública que, por definição, são indivíduos que influenciam grupos de pessoas ou aqueles que os rodeiam. Antes da implementação

em escala ocorrer, é crucial que se provoque a vontade política e o compromisso em longo prazo de tomadores de decisão por meio de sensibilização política, com base em análises de custo/economia e mobilização da sociedade civil. Licença-maternidade e legislação para proteção e promoção da amamentação no local de trabalho, bem como a aplicação do Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno Substitutos (no Brasil, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL), são fundamentais para promover um ambiente de apoio necessário para o sucesso da progressão do AME em larga escala. De fato, a violação do Código Internacional da OMS tem sido consistentemente identificada como uma barreira importante para a promoção da amamentação. Um ponto-chave para a promoção sustentável da amamentação em larga escala é a formação e o treinamento de gestores, profissionais de saúde e técnicos; um processo que pode ser facilitado por melhorias nos currículos das escolas médicas e de enfermagem, por exemplo. A infraestrutura física para a entrega de programas de apoio à amamentação em hospitais e serviços de atenção básica na comunidade precisa estar preparada para que a implementação em larga escala seja bem-sucedida. Por exemplo, uma barreira importante para a implementação inicial da IHAC em muitos países ocorreu porque hospitais, maternidades e enfermarias não tinham sido projetadas para acomodar a prática do alojamento conjunto. Falta de infraestrutura para apoio e manejo do aleitamento materno na Atenção Primária, ou seja, na comunidade, vem sendo uma barreira importante para a promoção do AME mundialmente.

Engajar. Programas que promovem a amamentação procuraram envolver mães para orientá-las à luz das evidências sobre comportamentos ideais para alimentação infantil, incluindo a promoção do AME. Existem muitos fatores que influenciam as decisões de amamentação da mãe, incluindo os conselhos dos profissionais de saúde, familiares, vizinhos, amigos, mídia e outros. Estudos locais demonstraram que mulheres vivendo em diferentes culturas são significativamente mais propensas a praticar o AME quando são expostas a abordagens inovadoras que levam em conta o contexto singular em que vivem. A chave para o sucesso dessas intervenções tem sido abordar crenças culturais em torno da alimentação

infantil, como por exemplo o mito do leite fraco ou insuficiente. Crenças como essa são passadas através de gerações e são consistentemente identificadas como fortes fatores de risco para a introdução precoce de fórmula infantil. Uma vez que a fórmula infantil é introduzida, a probabilidade de a mãe voltar ao AME é baixa, especialmente se não há uma rede de assistência e apoio na comunidade e como resultado a duração da amamentação é afetada. É importante que se entendam as raízes dessas crenças para que se possam elaborar intervenções de forma eficaz. Uma barreira crucial para o aumento da proteção, promoção e apoio da amamentação é a falta de capacitação de profissionais de saúde e conselheiros/consultores de amamentação em habilidades de aconselhamento. Assim, investir em capacitação sobre aspectos técnicos de manejo, bem como em aconselhamento em amamentação, é fundamental para que se tenha uma força de trabalho habilitada de maneira uniforme. Envolver familiares e indivíduos importantes para a mulher no processo de amamentação em sessões de aconselhamento pode ser estratégia interessante para apoiá-las no processo da amamentação. Abordagens inovadoras nos âmbitos hospitalar e da Atenção Primária, como por exemplo aconselhamento por pares, por agentes comunitários de saúde ou grupos de apoio às mães são cruciais para engajamento adequado dos grupos e usuários-alvo.

Delegar. Uma vez que um programa nacional de amamentação foi implementado em escala com sucesso e os indicadores de AME aumentam entre os usuários iniciais, esforços planejados para sustentar a fase inicial de aumento de escala e delegar essa propagação contínua para a próxima geração de “usuários” são fundamentais. Para isso ocorrer, seis condições precisam ser atendidas: (1) ter uma gestão eficaz e sustentável de programas de capacitação em manejo e aconselhamento em amamentação por meio de formação em cascata, ou seja, capacitação de tutores/facilitadores; (2) ter um plano estratégico e sustentável de formação e desenvolvimento de força de trabalho, incluindo escolas médicas, de enfermagem, de odontologia, de fonoaudiologia e outras escolas técnicas; (3) ter uma coordenação nacional, intersetorial e descentralizada de aleitamento materno com um orçamento adequado que não dependa de ajuda externa. Setores-chave ou partes interessadas envolvidas devem re-

presentar os diversos segmentos da sociedade: mulheres e comunidades, governo, sociedade civil (por exemplo, organizações não governamentais (ONG), organizações de mulheres, sindicatos e filantropos), agências internacionais, sociedades médicas, pesquisadores acadêmicos, e mídia; (4) ter sistemas de planejamento e otimização para evitar redundâncias, incorporando a promoção da amamentação por meio de programas, como controle de diarreia, imunização, planejamento familiar, monitoramento do crescimento infantil, desenvolvimento infantil; (5) ter uma infraestrutura mínima para oferta de programas de amamentação nos níveis hospitalares e da comunidade; e (6) ter um sistema de monitoramento e avaliação rápido e de baixo custo que facilite a gestão descentralizada dos esforços de promoção da amamentação. Barreiras para delegar também foram identificadas por meio das experiências de implementação em escala, incluindo a falta de incentivos e direcionamento do pessoal inicialmente capacitado, “fadiga do programa”, drenagem de membros capacitados da força de trabalho e tentativa de usar membros da equipe que já estão sobrecarregados com outros deveres. Por exemplo, a “fadiga do programa” foi identificada como uma das razões para o declínio da qualidade da IHAC em vários países onde essa iniciativa foi lançada décadas atrás. É evidente que a fidelidade ao pacote de passos cumpridos diminuiu ao longo do tempo, especialmente após a certificação inicial ser obtida.

O Modelo de Engrenagens do Aleitamento Materno - BFGM (*Breastfeeding Gear Model*)

O Modelo de Engrenagens traduz de maneira pragmática para políticos e tomadores de decisão, o mapeamento AIDED dos fatores críticos para implementação em escala de programas de amamentação descritos na seção anterior¹².

Analogamente a um motor bem-lubrificado, o modelo das engrenagens indica a necessidade de que várias “engrenagens” estejam funcionando em sincronia e de forma coordenada para entregar efetivamente programas e ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em larga escala. A defesa da amamentação com base em evidências é necessária para gerar vontade política para delinear políticas

e implementar programas nos níveis hospitalar e comunitário. Esse eixo político-legislativo, por sua vez, direciona os recursos necessários para financiar o desenvolvimento da força de trabalho, entrega de programas e promoção da amamentação. Pesquisa e avaliação são necessárias para sustentar a “engrenagem central” de coordenação, monitorando indicadores, definindo metas e garantindo o *feedback* do sistema (**Figura 2**)¹².

Figura 2. Modelo das Engrenagens. Adaptado e traduzido de Pérez-Escamilla *et al.*¹²



O **BFGM** é um modelo específico de SAC, é um sistema não linear que fornece uma boa ilustração do conceito de “tempestade perfeita”, que é necessário para programas nacionais de aleitamento materno emergirem. Segundo esse modelo, os programas nacionais de amamentação comportam-se como um motor, exigindo que diferentes engrenagens intersetoriais estejam interligadas e sejam coordenadas por uma engrenagem-mestre que utiliza *feedback loops* para garantir que o motor esteja

em funcionamento. O **BFGM** reconhece plenamente a necessidade de se incluir “campeões”, isto é, pessoas influentes e líderes para criar forte demanda e aceitação do programa e serviços (redes e conexões em livre escala). Inclui também uma engrenagem de advocacia e defesa que deve se basear em evidências para se organizar. Muitas vezes essa é a primeira engrenagem a ser organizada para criar as condições necessárias para que todo modelo de engrenagem seja estruturado antes que impactos substanciais nos resultados de amamentação sejam realmente observados (fase de transição). Finalmente, o **BFGM** postula que as engrenagens são provavelmente as mesmas entre países, mas reconhece que as “porcas e parafusos” necessários para fazer o motor funcionar harmonicamente são específicos a cada contexto (caminhos dependentes)³⁵.

A validade de construção do **BFGM** foi confirmada por meio de extensa revisão da literatura publicada em importante periódico internacional revisado por pares e ajudou a explicar os diferentes indicadores nacionais de amamentação no México e no Brasil¹². O **BFGM** foi capaz de identificar ingredientes-chave para proteção, promoção e apoio à amamentação, bem como para implementação em escala e sustentabilidade de programas nacionais.

Para que um país tenha todas as engrenagens, é necessário um processo de definição de uma agenda política (ou seja, gerar atenção ao problema), formulação de políticas e adoção efetiva de políticas por intermédio de diversos programas ou intervenções e, por fim, a necessidade de estabelecer programas de monitoramento e avaliação¹³. Esse modelo também enfatiza a necessidade de se envolver líderes visionários para levar adiante o processo político³⁶.

A Iniciativa País Amigo do Aleitamento Materno – IPAAM (*Becoming Breastfeeding Friendly – BBF*)

Nas últimas décadas, pelo menos duas iniciativas internacionais foram lançadas para avaliar o avanço dos países em relação à implementação dos programas e iniciativas de amamentação³⁷⁻³⁹: A Estratégia Global para Alimentação de Crianças Pequenas da OMS lançada em 2003 e a Iniciativa Mundial de Tendências em Amamentação (*WBTi – World Breastfeeding Trends Initiative*) lançada pela IBFAN em 2004. Am-

bas apresentam potencialidades, entretanto não foram projetadas para medir o ambiente de expansão para implementação em escala de programas de amamentação nem fornecem orientação específica sobre como usar os dados e informações coletadas para ajudar os países a decidirem sobre um plano de ação específico. Visando a preencher essa lacuna, em 2015, Pérez-Escamilla e colaboradores na Universidade de Yale criaram a Iniciativa País Amigo do Aleitamento Materno (IPAAM) para guiar os países a tornarem-se “Amigos da Amamentação”⁴⁰. A IPAAM tem a finalidade de gerar evidências de *como* melhorar os resultados de implementação em larga escala de programas em amamentação, ajudando líderes a tomarem decisões com base em evidências e, em última instância, melhorar os indicadores de amamentação e saúde materno-infantil do país⁴⁰.

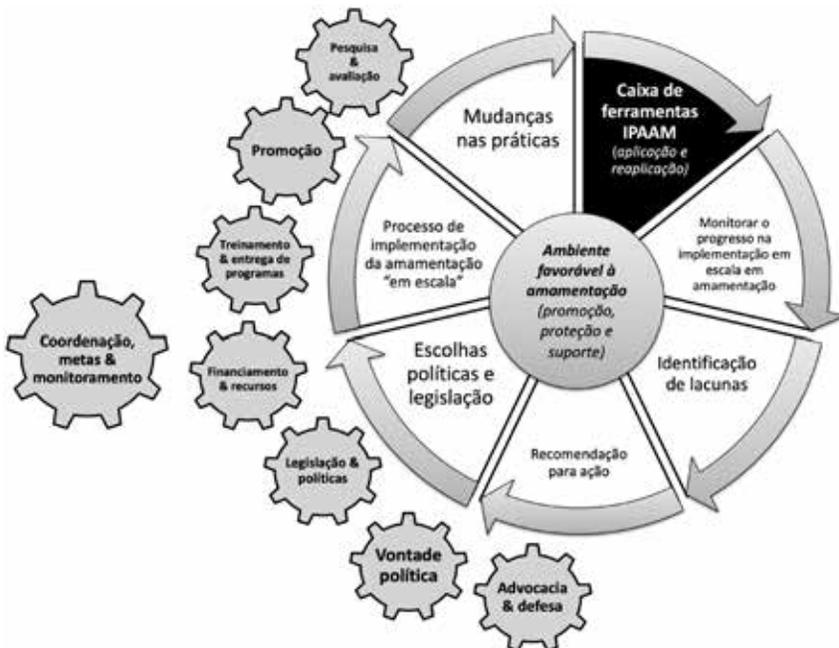
A IPAAM tem forte base na ciência da implementação e operacionalizou o uso do modelo das engrenagens de amamentação – BFGM, criando uma caixa de ferramentas com três componentes principais: (i) um **índice**, que mede a prontidão do país para implementar programas de amamentação em escala; (ii) **os estudos de caso**, que trazem exemplos de experiências bem-sucedidas e práticas baseadas em evidências que podem ser traduzidas para diferentes contextos; e, (iii) **o processo de cinco reuniões**, em que um comitê formado por especialistas em amamentação e políticas públicas no país se reúnem para aplicar o índice, identificar lacunas no ambiente para promoção da amamentação e usar os *estudos de caso* para desenvolver recomendações baseadas nas lacunas identificadas. A quinta e última reunião desse intenso processo de autodiagnóstico é uma chamada para a ação na qual as recomendações prioritárias são apresentadas aos tomadores de decisão, importantes líderes nacionais e locais e instituições não governamentais e financiadoras.

Visão e objetivos da IPAAM

A implementação da caixa de ferramentas da IPAAM foi concebida para iniciar um processo amplo de formulação de políticas e mudanças das práticas e possibilitar a expansão do ambiente favorável à amamentação em nível nacional (**Figura 3**). Por meio da aplicação dessa caixa de ferramentas, os países monitoram seu progresso, identificam lacunas

e fornecem recomendações para guiar e fortalecer os esforços para expansão da amamentação. Nesse ponto, a advocacia e defesa do direito de amamentar é essencial para impulsionar as recomendações e, subsequentemente, gerar a vontade política necessária para desenvolver uma legislação que institua mudanças nas práticas. A provisão de fundos e investimentos, a capacitação de profissionais e a entrega de programas de aleitamento materno, junto à sua promoção, contribuem para o processo de expansão do ambiente favorável à amamentação. A pesquisa e a avaliação identificam mudanças/melhorias nas práticas de amamentação. Durante todo o processo, é necessária uma forte coordenação central de ações para fortalecer continuamente o sistema e garantir o direcionamento da expansão do ambiente favorável ao aleitamento materno. Essas informações ajudam os países a determinar quando devem reavaliar seu progresso por meio da reaplicação da caixa de ferramentas da IPAAM.

Figura 3. O modelo das engrenagens na ampliação de um ambiente favorável à implementação em escala de Programas Nacionais de Aleitamento Materno. Adaptado e traduzido de Hromi-Fiedler *et al.*⁴¹ e Buccini *et al.*⁴²

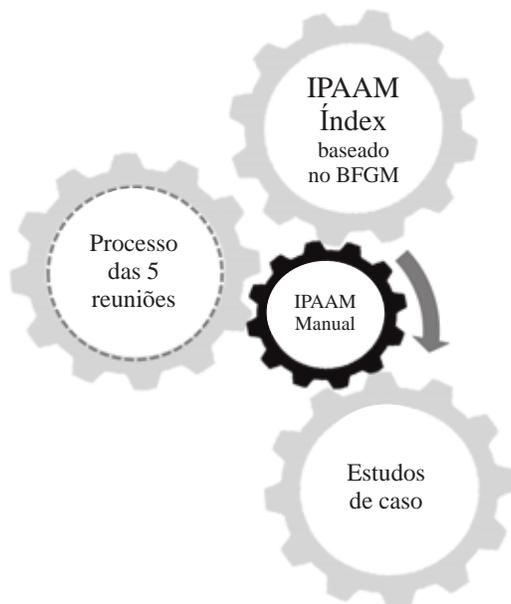


Em resumo, a IPAAM visa a capacitar e fortalecer os países para gerar evidências de qualidade e avaliar sua prontidão para a expansão de Programas Nacionais de Aleitamento Materno a partir de: (i) identificação de áreas e lacunas prioritárias, (ii) desenvolvimento de um plano de ação para agir sobre essas lacunas prioritárias, e (iii) monitoramento do progresso e do impacto da expansão dos programas de proteção, promoção e apoio à amamentação, com vistas a garantir a sustentabilidade e o progresso dos indicadores.

Caixa de ferramentas da IPAAM

A implementação da IPAAM e sua caixa de ferramentas está descrita em detalhes no **Manual operacional** da IPAAM^{III}. A **Figura 4** ilustra a caixa de ferramentas e a articulação entre seus componentes.

Figura 4. Caixa de ferramentas da IPAAM



III O Manual Operacional e outros instrumentos para implementação da IPAAM estão disponíveis no *website* da iniciativa hospedado pela Universidade de Yale (www.bbf.yale.edu).

Índex. Para medir a prontidão do ambiente favorável para expansão de programas de amamentação, o índex da IPAAM (BBFI, termo em inglês)⁴⁰ foi desenvolvido usando como base o modelo de engrenagens de amamentação. O índex é gerado a partir da pontuação de 54 indicadores que medem o progresso de cada uma das oito engrenagens da amamentação por meio de uma metodologia padronizada⁴⁰. Esse processo gera pontuações tanto para cada engrenagem quanto uma pontuação geral total. Isso permite que os países determinem em quais engrenagens precisam haver avanços e como avançar.

Estudos de caso. Os estudos de caso são o componente mais rico e versátil da caixa de ferramentas da IPAAM. Os estudos de caso são exemplos reais do que diferentes países e contextos fizeram para tornar seus ambientes amigos da amamentação. Os estudos de caso têm como alvo dois diferentes públicos: (i) o comitê de especialistas em amamentação e políticas públicas de um país que irá implementar o IPAAM, uma vez que os estudos de caso podem ser usados para ajudar tanto na compreensão da pontuação dos indicadores do índex como ajudar com ideias no desenvolvimento de recomendações para favorecer a implementação de programas em amamentação; e (ii) os formuladores de políticas e tomadores de decisão de países envolvidos ou não com a IPAAM, uma vez que os estudos de caso ilustram como outros países usaram dados e evidências para implementar legislação, políticas, programas e treinamentos, esses atores podem usar essas ideias e evidências na execução do plano de ação para implementar programas de amamentação.

Processo de cinco reuniões. A implementação da IPAAM é um processo multissetorial altamente dinâmico e interativo. Assim, o apoio de importantes atores governamentais, não governamentais e internacionais é fundamental para o sucesso da implementação da IPAAM. Esse apoio é necessário para permitir o acesso aos principais indivíduos e dados necessários para aplicar com precisão a caixa de ferramentas da IPPAM, além de favorecer discussões sobre a formulação das políticas durante todo o processo. Identificar, sensibilizar e engajar esses principais interessados que podem contribuir para expansão nacional de um ambiente favorável à amamentação é essencial para maximizar a utilidade da caixa de ferramentas da IPAAM. Os principais interessados podem

também oferecer sugestões sobre a seleção de um diretor para coordenar e liderar a implementação da IPAAM e na identificação de especialistas em amamentação e políticas públicas como potenciais membros para compor o comitê de especialistas de um país. O comitê de dez a 12 especialistas de um país serve como base para a implementação da IPAAM. Esse comitê de especialistas dedica seu tempo e talento ao longo de aproximadamente nove meses para aplicar a caixa de ferramentas da IPAAM, ou seja, pontuando os indicadores do índice e desenvolvendo recomendações políticas para o avanço na implementação e sustentabilidade de programas de amamentação dentro de seu país. Portanto, é importante que o comitê de especialistas inclua atores do governo, da sociedade civil, organizações não governamentais, agências internacionais, especialistas em amamentação e academia.

A aplicação da caixa de ferramentas da IPAAM começa quando esse comitê se reúne para a primeira reunião, que representa o início do processo de cinco reuniões. Da primeira à quarta reunião ocorre a coleta de dados para pontuação de cada um dos 54 indicadores, ao longo de um processo intenso de consenso com relação à pontuação e desenvolvimento de recomendações e estabelecimento de prioridades para avançar na implementação de programas de amamentação no país. Na quinta reunião, organiza-se um evento com grande presença da mídia e de atores-chave para se apresentar as recomendações prioritárias e estabelece-se um compromisso público para implementar esse plano de ação.

Implementação da IPAAM no “mundo real”

A IPAAM foi implementada pela primeira vez em Gana (na África) e México (na América Latina) entre o período de maio de 2016 e março de 2017. Durante esse período, a caixa de ferramentas da IPAAM e o manual operacional passaram por testes de validação. Ambos os países durante um período de nove meses conduziram o processo de cinco reuniões, pontuaram os indicadores, obtiveram o índice e utilizaram os estudos de caso. O processo de implementação foi extensivamente documentado pelos países que receberam apoio técnico da equipe da Universidade de Yale durante todo o processo.

Atualmente, mais seis países representando diversas estruturas de renda e desenvolvimento social estão implementando a caixa de ferramentas do IPAAM com apoio técnico da equipe da Universidade de Yale, entre eles: Inglaterra, País de Gales, Escócia, Alemanha (na Europa), Samoa (na Oceania) e Myanmar (na Ásia). Além de Gana e México, que estão realizando a reaplicação da IPAAM.

A operacionalização do modelo das engrenagens BFGM a partir do uso dos SAC e da ciência da implementação tem demonstrado um grande potencial em ajudar os países a ampliar a cobertura, qualidade e sustentabilidade de programas nacionais de aleitamento materno. A IPAAM propõe um processo passo a passo para guiar o país a ter um plano e mover-se para uma ação nacional⁴⁰⁻⁴². Por essa razão, anteriormente à implementação da IPPAM é necessário que haja um compromisso formal de múltiplos setores do governo com a iniciativa, favorecendo dessa forma que as evidências produzidas sejam consideradas no processo de tomada de decisão para implementação em escala da Política Nacional de Aleitamento Materno. Resultados preliminares mostram que a IPAAM tem conseguido engajar os setores-chave do governo, sociedade civil, ONG e agências internacionais e facilitar o consenso sobre as lacunas de conhecimento e as ações que são necessárias para ampliar a cobertura e qualidade de programas nacionais de aleitamento materno^{41,42}. A IPAAM, por meio de um processo inovador, tem um grande potencial de instrumentalizar líderes e defensores da amamentação com evidências⁴³, favorecer a construção de parcerias multissetoriais e influenciar o processo de formulação política^{41,42}.

Conclusões e perspectivas futuras

Evidências sobre os benefícios individuais, sociais e ambientais da proteção, promoção e apoio à amamentação estão bem-estabelecidos^{2,3}. Da mesma forma, os ingredientes-chave para a efetiva implementação de programas nacionais de aleitamento materno têm sido extensivamente identificados^{12,40,41}. Entretanto, pouco avanço foi realizado nas últimas décadas nos indicadores de amamentação. Ambos, o não investimento na amamentação e a não aplicação do conhecimento sobre

implementação na prática, têm um custo financeiro alto e precisam, de alguma forma, ser colocados em pauta.

Nesse capítulo, descrevemos AIDED e BFGM como dois modelos conceituais poderosos para analisar a prontidão de um país em implementar seu Programa Nacional de Aleitamento Materno e, subsequentemente, monitorar os esforços para direcionar a implementação em escala a níveis sustentáveis. Capacitar os países e seus tomadores de decisão para identificar o custo de se ter todas as engrenagens do modelo trabalhando como um sistema harmonioso passa a ser fundamental para o planejamento de investimentos, definição de prioridades e coordenação multissetorial. É nessa perspectiva que nasce a IPAAM, delineada à luz dos constructos dos Sistemas Adaptativos Complexos, que incorpora e operacionaliza os princípios dos modelos AIDED e BFGM. A iniciativa, por meio de um processo inovador de avaliação que aplica uma série de ferramentas, tem como objetivos gerar evidências para que líderes e tomadores de decisão possam (i) compreender o nível de prontidão de um país para implementar em programas de amamentação, (ii) identificar os ingredientes-chave para expandir os programas de amamentação, reconhecendo a complexidade não linear da relação entre esses ingredientes, e (iii) advogar por investimentos para avançar nos indicadores de amamentação. Dessa forma, a IPAAM é uma iniciativa baseada num modelo conceitual fortemente guiado pela ciência da implementação para avaliação de programas, advocacia e formulação de política, com base em evidências, que tem demonstrado ser flexível e adaptável a diversos contextos e países.

O desafio de se avançar nos indicadores de aleitamento materno no Brasil, considerando as heterogeneidades epidemiológicas regionais e os diferentes graus de implementação das políticas públicas, pode ser beneficiado substancialmente pela aplicação dos conceitos do SAC e quadro conceitual da ciência da implementação apresentados neste capítulo. Embora o modelo brasileiro de Política Nacional para Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno contenha todas as engrenagens¹² e seja alvo de amplo reconhecimento internacional^{2,3}, a estabilidade dos indicadores de amamentação na última década apontam para a necessidade de se revitalizar as “porcas e parafusos” desse modelo de engrenagens. Por um lado, ter um modelo de políticas com todas as engrenagens

favorece a incorporação e potencial sucesso da implementação de intervenções em larga escala¹². Por outro, adiciona o desafio de se desenvolver intervenções inovadoras que possam ser entregues de maneira relevante aos diversos contextos para que assim impulsionem as práticas de amamentação rapidamente e de forma positiva³. Dessa forma, os conceitos do SAC podem ser instrumentais na operacionalização das “Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno”⁴⁴, com vistas a promover e acelerar o aumento médio anual da amamentação exclusiva a partir de mecanismos de implementação que garantam sustentabilidade.

Em resumo, otimizar a implementação de programas nacionais de aleitamento materno deve ser uma prioridade máxima para todos os países. Como decisões informadas por evidências são parte de um processo de implementação em escala bem-sucedido, a pesquisa científica em amamentação na área da ciência da implementação deve ter alta prioridade. Iniciativas como a IPAAM devem ser usadas como ferramentas de inovação para avaliar e identificar pontos de oportunidades para impulsionar as taxas de amamentação. Considerando a complexidade dos sistemas envolvidos nos diferentes contextos e países (incluindo custos econômicos), a necessidade dos sistemas de aprender e se adaptar rapidamente, a integração multissetorial e a otimização de programas que são entregues para a mesma população-alvo, como, por exemplo, programas de amamentação e desenvolvimento infantil, podem ser pontos-chave para reverter o declínio nos investimentos na proteção, promoção e apoio à amamentação em diversas regiões do mundo. Aspectos esses essenciais para garantia da equidade em saúde, princípio-chave por trás das Metas Sustentáveis do Milênio até 2030.

Referências

1. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*. 2003;362(9377):65-71.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-90.

3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016;387(10017):491-504.
4. Kent G. Child feeding and human rights. *International Breastfeeding Journal*. 2006;1:27-27.
5. Pérez-Escamilla R, Sellen D. Equity in Breastfeeding:Where Do We Go from Here? *Journal of Human Lactation*. 2015;31(1):12-14.
6. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira. Brasília(DF); 2014.
7. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1. Washington (DC); 2008.
8. Development Initiatives, 2017. Global Nutrition Report 2017: nourishing the SDGs. Bristol, UK: Development Initiatives.
9. Venancio S, Saldiva S, Monteiro C. Secular trends in breastfeeding in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1205-8.
10. Rea MF. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Suppl 1:S37-45.
11. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venancio SI, Giugliani ERJ. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:108.
12. Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the “breastfeeding gear” model. *Adv Nutr*. 2012;3(6):790-800.
13. World Health Organization. Planning guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO; 2007.
14. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes. Geneva; 1981.
15. Atabay E, Moreno G, Nandi A, Kranz G, Vincent I, Assi T-M, *et al.* Facilitating working mothers' ability to breastfeed:global trends in guaranteeing breastfeeding breaks at work, 1995-2014. *Journal of Human Lactation*. 2015;31(1):81-88.

16. Abdulwadud OA, Snow ME. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD006177.
17. Nguyen PH, Kim SS, Nguyen TT, Hajeebhoy N, Tran LM, Alayon S, *et al.* Exposure to mass media and interpersonal counseling has additive effects on exclusive breastfeeding and its psychosocial determinants among Vietnamese mothers. *Maternal & Child Nutrition.* 2016;12(4):713-25.
18. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding WHO; 2003.
19. World Health Organization. Nine steps for developing a scaling-up strategy. WHO; 2010.
20. Gillespie S, Menon P, Kennedy AL. Scaling up impact on nutrition: what will it take? *Advances in Nutrition.* 2015;6(4):440-51.
21. World Health Organization. Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2007.
22. World Health Organization. Practical guidance for scaling up service innovations. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2009.
23. Stuart Gillespie MvdB. Stories of change in nutrition a tool pool. 2015.
24. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology.* 2015;3(1):32.
25. National Institute of Health. Implementation science information and resources [internet]. [acesso em 30 jan 2018]. Disponível em: <https://www.fic.nih.gov/ResearchTopics/Pages/ImplementationScience.aspxUpdated>
26. National Implementation Research Network. Implementation science defined [internet]. [acesso em 30 jan 2018]. Disponível em: <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-science-defined2015>.
27. Pérez-Escamilla R, King J. Evidence-based public nutrition: an evolving concept. *The Journal of Nutrition.* 2007;137(2):478-79.

28. Paina L, Peters DH. Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health Policy and Planning*. 2012;27(5):365-73.
29. Pérez-Escamilla R, Moran VH. Scaling up breastfeeding programmes in a complex adaptive world. *Maternal & Child Nutrition*. 2016;12(3):375-80.
30. McDaniel RR, Jr., Lanham HJ, Anderson RA. Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organizations. *Health Care Manage Rev*. 2009;34(2):191-9.
31. Bradley EH, Curry LA, Taylor LA, Pallas SW, Talbert-Slagle K, Yuan C, *et al.* A model for scale up of family health innovations in low-income and middle-income settings: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2012;2(4).
32. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402-17.
33. Christakis NA, Fowler JH. Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Stat Med*. 2013;32(4):556-77.
34. Alive T. Mass Communication: infant and young child feeding at scale [internet]. [acesso em 30 jan 2018]. Disponível: <http://aliveandthrive.org/wp-content/uploads/2014/10/Mass-Communication-Brief-2014.pdf>: ALIVE & THRIVE 2014
35. Pérez-Escamilla R. Applying the Complex Adaptive Health Systems Framework for Scaling up Breastfeeding Programs. 17th ISRHML Conference Proceedings. 2014. p. 26-27.
36. Darmstadt GL, Kinney MV, Chopra M, Cousens S, Kak L, Paul VK, *et al.* Who has been caring for the baby? *Lancet*. 2014;384(9938):174-88.
37. Ibfan A. World breastfeeding trends initiative assessment tool. IBFAN; 2014.
38. World Alliance for Breastfeeding. The global participatory action research. Project, 1993.
39. World Health Organization. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. WHO; 2003.
40. Pérez-Escamilla R, Hromi-Fiedler AJ, Gubert MB, Doucet K, Meyers S, Buccini GS. Becoming Breastfeeding Friendly Index: development

and application for scaling up breastfeeding programs globally. *Maternal & Child Nutrition*. 2018. doi: <https://doi.org/10.1111/mcn.12596>

41. Hromi-Fiedler A, Buccini GS, Gubert MB, Doucet K, Perez-Escamilla R. Development and pre-testing of 'becoming breastfeeding friendly': empowering governments for global scaling up of breastfeeding programs. *Matern Child Nutr*. 2018; Sep 13:e12659. doi: 10.1111/mcn.12659. [Epub ahead of print]
42. Buccini GS, Harding KL, Hromi-Fiedler A, Pérez-Escamilla R. How does 'Becoming Breastfeeding Friendly 'work? a program impact pathways analysis. *Matern Child Nutr*. 2018; e12766. doi: 10.1111/mcn.12766. [Epub ahead of print]
43. Safon C, Buccini GS, Eguiluz IF, González de Cosío T, Pérez-Escamilla. Can becoming breastfeeding friendly (BBF) impact breastfeeding protection, promotion and support in Mexico? a Qualitative Study. *Food Nutr Bull*. 2018;(3):393-405. doi: 10.1177/0379572118789772. Epub 2018 Aug 15.
44. Ministério da Saúde(BR). Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília (DF); 2017.

