



Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004

Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004

Elaine Albernaz¹, Cora L. Araújo², Elaine Tomasi¹, Gicele Mintem², Elsa Giugliani³, Alicia Matijasevich², Mercedes de Onis⁴, Fernando C. Barros¹, Cesar G. Victora²

Resumo

Objetivo: Avaliar a influência do apoio à amamentação sobre as taxas de aleitamento materno no município de Pelotas (RS).

Métodos: Foram comparadas as prevalências de aleitamento materno de quatro coortes de crianças, nascidas em 1982, 1993, 1997-1998 e 2004. Participaram crianças que preenchem os critérios de inclusão do Estudo Multicêntrico de Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde, já que este originou a coorte de 1997-1998, na qual houve apoio sistematizado à amamentação.

Resultados: Houve aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo: com 1 mês de vida, de 26% em 1993 para 77% em 2004, e, aos 3 meses, de 16 para 46%, respectivamente. As taxas de aleitamento materno mostraram ascendência, porém menos significativa: aos 12 meses de 15% em 1982 para 34% em 2004 e, aos 24 meses, de 6 para 14%, respectivamente.

Conclusões: O apoio à amamentação contribuiu na tendência ascendente das taxas de aleitamento materno.

J Pediatr (Rio J). 2008;84(6):560-564: Aleitamento materno, promoção da saúde, infantil.

Introdução

A promoção da amamentação é uma prioridade¹, tendo vários estudos salientado a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros meses de vida^{2,3}. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam AME até os 6 meses⁴, quando deve ocorrer a introdução de alimentos complementares, mantendo-se a amamentação até os 2 anos ou mais⁵.

Abstract

Objective: To evaluate the influence of breastfeeding support on breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil.

Methods: The prevalence rates of exclusive breastfeeding and of overall breastfeedings were compared in four cohorts of children, born in 1982, 1993, 1997-1998 and 2004. The children selected for this study fulfilled the inclusion criteria for the WHO Multicenter Growth Reference Study, in order to afford comparison with the 1997-1998 cohort, which was made up of children selected for that study. The 1997-1998 cohort received systematic breastfeeding support.

Results: There was an increase in the rates of exclusive breastfeeding: from 26% at 1 month of age in 1993 to 77% at the same age in 2004, and from 16% at 3 months to 46% for the same dates, respectively. Breastfeeding rates at later ages exhibited a tendency to increase, although with less significance: from 15% in 1982 at 12 months to 34% in 2004 at the same age and from 6% at 24 months to 14% for the same dates, respectively.

Conclusions: Breastfeeding support has contributed to a tendency for breastfeeding rates to increase.

J Pediatr (Rio J). 2008;84(6):560-564: Breastfeeding, health promotion, infant.

Diferentes formas de intervenção aumentam as taxas de amamentação, sendo que o apoio individual às nutrizes pode contribuir, evitando a introdução precoce de alimentos e aumentando a duração da amamentação⁶⁻⁸.

Pelotas (RS) foi um dos centros do Estudo Multicêntrico de Curvas de Crescimento (EMCC)⁹. Este visava desenvolver uma nova referência de crescimento infantil, baseada em crianças com determinadas características, como serem amamentadas por pelo menos 1 ano, sendo de forma exclusiva ou

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS.
2. Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS.
3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.
4. World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Como citar este artigo: Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, et al. Influence of breastfeeding support on the tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(6):560-564.

Artigo submetido em 14.02.08, aceito em 06.06.08.

doi:10.2223/JPED.1823

predominante nos primeiros 4-6 meses de vida, conforme recomendado pela OMS na época. Para aumentar o número de crianças que preenchessem esses critérios, desenvolveu-se um programa de apoio à amamentação. Visando avaliar o impacto desse apoio na tendência das taxas de aleitamento materno (AM) no município, este estudo comparou as freqüências de aleitamento nas coortes de crianças nascidas antes e após o EMCC.

Métodos

A amostra incluiu quatro coortes de crianças nascidas em 1982, 1993, 1997-1998 e 2004, cujos métodos encontram-se publicados⁹⁻¹³.

Para a coorte de 1997-1998 (do EMCC), os critérios de inclusão foram: residência na zona urbana da cidade, gestação a termo (37 a 42 semanas), parto único, ausência de morbidade perinatal significativa, ausência de fumo materno, intenção materna de amamentar e ausência de restrições econômicas (renda familiar \geq a seis salários-mínimos). Além desses critérios, foram excluídas as mães que, aos 14 dias, haviam iniciado a fumar ou introduzido leite de vaca ou fórmulas lácteas.

As mães incluídas recebiam fita de vídeo e folhetos sobre amamentação e eram visitadas, enquanto estivessem amamentando, pela equipe de apoio à amamentação, constituída por três enfermeiras supervisionadas por uma pediatra, especialista em lactação. Eram abordados os seguintes tópicos: importância do AME nos primeiros 6 meses de vida, prevenção e tratamento de problemas na lactação, estocagem do leite materno, riscos do uso de mamadeiras e chupetas e incentivo à participação paterna. O primeiro contato ocorria nas primeiras 24 horas após o parto. Se necessário, eram realizadas visitas adicionais e havia um número telefônico disponível às famílias, 24 horas/dia.

Era solicitado aos pediatras que seguissem as recomendações alimentares da OMS. Estes recebiam artigos científicos sobre o tema e houve divulgação em jornal ressaltando a importância da amamentação.

O impacto do apoio sobre os índices de aleitamento da amostra do EMCC foram amplamente divulgados na cidade, levando os gestores a utilizar o material desta coorte, de forma sintetizada, para treinamento de profissionais da rede pública, em 2004. Também houve treinamento da equipe de um dos hospitais da cidade de 2002 a 2004, o qual, em 2004, foi contemplado com o título de Hospital Amigo da Criança.

O plano de análise incluiu a obtenção de subamostras das coortes de 1982, 1993 e 2004 com os mesmos critérios de inclusão do EMCC e a comparação das quatro coortes quanto à freqüência de AME e AM. As informações sobre o padrão alimentar foram originadas dos subestudos de acompanhamento, e foram adotados os critérios da OMS¹² para considerar em AME a criança que recebia somente leite materno, direto da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou alimento, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas,

minerais ou medicamentos; e em AM a que recebia leite materno, independente de estar recebendo outros alimentos.

Os protocolos dos estudos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas.

Resultados

No estudo de 1982, 5.914 crianças fizeram parte da coorte, sendo visitadas 4.934, em 1984. Na coorte de 1993, dos 5.304 nascimentos que ocorreram, foram visitadas, aos 3 meses, 644 crianças de 655 sorteadas. Aos 6 e 12 meses, a amostra a ser visitada era de 1.460 crianças, e o percentual de perdas foi 6,6%.

No EMCC, foram entrevistadas 4.801 mães na triagem hospitalar, e 310 foram incluídas no estudo, sendo que 287 (92,6%) completaram o acompanhamento de 2 anos. A coorte de 2004 incluiu 4.231 bebês nascidos. Aos 3 meses, foram acompanhados 3.985 e, aos 12 meses, 3.907.

A Tabela 1 mostra a distribuição das amostras das coortes com os critérios de restrição do EMCC. Todas as famílias tinham renda mensal superior a seis salários-mínimos, pois este era um dos critérios de inclusão.

Com base nos dados dos acompanhamentos, comparou-se os índices de AME aos 1 e 3 meses, para as coortes de 1993, 1997-1998 e 2004. Não foi possível comparar com a coorte de 1982, pois esta informação não havia sido coletada. Observou-se que apenas 26% dos bebês recebiam AME com 1 mês de vida em 1993, em contraste com 40%, na coorte de 1997-1998, e 77%, em 2004. Aos 3 meses, 16,19 e 46% dos bebês recebiam AME, respectivamente. Aos 6 meses, nenhuma criança recebia amamentação exclusiva em qualquer dos quatro estudos.

As freqüências de AM encontram-se na Tabela 2. De 1982 para 1993, houve discreto aumento nos índices de AM no segundo ano de vida; já o incremento das taxas a partir de 1997-1998 foi mais marcante, iniciado já no primeiro mês. Aos 6 meses, 42 e 46% dos bebês recebiam AM, respectivamente, em 1982 e 1993, ao passo que nas coortes de 1997-1998 e 2004 este percentual subiu para 64 e 68%, respectivamente. Aos 12 meses, 33% dos bebês da coorte de 1997-1998 e 34% da coorte de 2004 ainda recebiam AM, enquanto somente 15 e 22% dos bebês das coortes de 1982 e 1993, respectivamente, o faziam.

Discussão

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a influência do apoio à amamentação oferecido no EMCC nas tendências de AM. Os resultados apontam que houve influência positiva desse apoio. Enquanto praticamente não houve progressos nos índices de aleitamento nos anos que separam as duas primeiras coortes, o incremento foi marcante em 1997-1998, em especial os do AME no primeiro mês. Esse aumento provavelmente ocorreu devido ao programa de apoio, pois no interstício entre as coortes de 1993 e 1997-1998 não houve,

Tabela 1 - Distribuição das amostras, com os critérios de restrição, conforme características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas e nutricionais (Pelotas, RS)

Características	Coorte 1982 (%)	Coorte 1993 (%)	EMCC (%)	Coorte 2004 (%)
	(n = 421)	(n = 561)	(n = 310)	(n = 317)
Escolaridade materna (anos completos)				
< 10 anos	23,3	33,2	33,6	12,9
10-14 anos	34,4	41,0	41,9	47,0
≥ 15 anos	42,3	25,9	24,5	40,1
Idade materna				
< 20 anos	3,8	8,6	11,0	5,7
20-35 anos	86,5	75,9	72,9	72,8
≥ 35 anos	9,7	15,5	16,1	21,5
Tipo de parto				
Vaginal	57,2	50,3	46,1	24,6
Cesáreo	42,8	49,7	53,9	75,4
Primiparidade				
Sim	37,8	43,7	49,0	52,1
Não	62,2	56,3	51,0	47,9
Sexo da criança				
Masculino	49,2	50,6	52,3	52,7
Feminino	50,8	49,4	47,7	47,3
Peso de nascimento				
< 2.500 g	2,1	1,3	1,9	3,2
≥ 2.500 g	97,9	98,7	98,1	96,8

EMCC = Estudo Multicêntrico de Curvas de Crescimento.

na cidade, nenhuma campanha específica de promoção. E talvez pudesse ser ainda mais marcante, se os pediatras da cidade seguissem as recomendações alimentares da OMS, pois muitos continuavam prescrevendo fórmulas lácteas desnecessariamente e recomendando alimentos complementares.

Contrariando a expectativa de que, após a finalização do EMCC, as taxas cairiam novamente, talvez não ao patamar de 1993, mas a um nível intermediário, foi observado um aumento significativo nas taxas de AME na coorte de 2004. Isso, pelo menos em parte, parece ser devido à ampla divulgação do EMCC na cidade, envolvendo diretamente as auto-

Tabela 2 - Prevalência de aleitamento materno conforme a idade (Pelotas, RS)

Estudo	Idade					
	1 mês (%)	3 meses (%)	6 meses (%)	9 meses (%)	12 meses (%)	24 meses (%)
Coorte de 1982	87	68	42	26	15	6
Coorte de 1993	87	60	46	28	22	14
EMCC	99	87	64	46	33	11
Coorte de 2004	93	81	68	50	34	14

EMCC = Estudo Multicêntrico de Curvas de Crescimento.

ridades municipais de saúde, já que as enfermeiras da equipe de apoio faziam parte do quadro de profissionais do município. A partir do estudo, houve maior interesse dos gestores em capacitar os profissionais da rede pública para que pudessem qualificar o atendimento.

Houve, também, capacitação da equipe de uma das maiores maternidades do município, envolvendo profissionais que atuavam em outros serviços de saúde. Além disso, as mães que receberam o programa de apoio provavelmente repassaram o que aprenderam em suas comunidades e muitas tiveram filhos em anos subsequentes, inclusive em 2004. Boa parte das mães de renda mais alta, selecionadas para a presente comparação, não utilizava os serviços públicos de saúde. Não obstante, os pediatras que atendiam as crianças em seus consultórios particulares ou por meio de convênios eram, em sua maioria, profissionais que também atuavam no setor público, tendo recebido a capacitação.

Uma revisão sistemática avaliando o impacto de intervenções sobre a duração do AM mostrou que as mais efetivas foram as que combinaram informação, orientação e apoio, assim como aquelas que eram mais intensas e de longa duração⁶. Outro estudo de revisão mostrou que o impacto do aconselhamento nos índices de AME é proporcional ao número de vezes que a mãe recebe orientação⁷. Segundo recente revisão, o aconselhamento individual aumenta 3,4 vezes a chance de AME no primeiro mês e de 1,9 vezes aos 6 meses¹⁴.

É necessário cautela na generalização desses resultados. Por questões metodológicas, excluíram-se famílias de menor poder aquisitivo. Portanto, não é possível afirmar que a população de menor nível socioeconômico teria o mesmo comportamento. Entretanto, se a população menos privilegiada de Pelotas apresentar comportamento semelhante ao da população de estudo realizado em Porto Alegre (RS), o impacto do apoio à amamentação do presente estudo pode estar subestimado. Conforme o referido estudo, o maior impacto de uma intervenção em prol do AM (Iniciativa Amigo da Criança) ocorreu entre a população de menor nível socioeconômico¹⁵.

Concluindo, este estudo mostrou que o apoio à amamentação foi importante para a tendência ascendente das taxas

de aleitamento entre a população de melhor nível socioeconômico na cidade de Pelotas. Tendo em vista a importância da amamentação na redução da morbimortalidade infantil, a promoção dessa prática deveria fazer parte das prioridades de saúde de uma nação, principalmente daquelas cujos índices de AM estão aquém do recomendado, como é o caso do Brasil.

Referências

1. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. [How many child deaths can we prevent this year?](#) Lancet. 2003;362:65-71.
2. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. [Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil.](#) Lancet. 1987;2:319-21.
3. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. [Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study.](#) BMJ. 1999; 318:1316-20.
4. Fifty-fourth World Health Assembly. Document A54/INF.DOC./4. Global strategy for infant and young child feeding: the optimal duration of exclusive breast-feeding. Geneva: World Health Organization (WHO); 2001.
5. Giugliani ER, Victora CG. Complementary Feeding of Young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. World Health Organ 1998;1-44.
6. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. [Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions.](#) J Hum Lact. 2001; 17:326-43.
7. Albernaz E, Victora CG. [Impact of face-to-face counseling on duration of exclusive breast-feeding: a review.](#) Rev Panam Salud Publica. 2003;14:17-24.
8. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al; PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). [Promotion of Breastfeeding Intervention Trial \(PROBIT\): a randomized trial in the Republic of Belarus.](#) JAMA. 2001;285:413-20.

9. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. [Enrolment and baseline characteristics in the WHO Multicentre Growth Reference Study](#). *Acta Paediatrica Suppl.* 2006;450:7-15.
10. Victora CG, Barros FC. [Cohort profile: the 1982 Pelotas \(Brazil\) birth cohort study](#). *Inter J Epidemiol.* 2006;35:237-42.
11. Victora CG, Barros FC, Tomasi E, Menezes AM, Horta BL, Weiderpass E, et al. Tendências e diferenciais na saúde materno-infantil: delineamento e metodologia das coortes de 1982 e 1993 de mães e crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Cad Saude Publica.* 1996;12 Supl 1:S7-S14.
12. Araújo CL Albernaz E, Tomasi E, Victora CG. [Implementation of the WHO Multicentre Growth Reference Study in Brazil](#). *Food Nutr Bull.* 2004;25:S53-9.
13. Barros AJ, da Silva dos Santos I, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, et al. [The 2004 Pelotas birth cohort: methods and description](#). *Rev Saude Publica.* 2006;40:402-13.
14. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, et al. [What works? Intervention for maternal and child undernutrition and survival](#). *Lancet.* In press 2008.
15. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CM. [Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding](#). *Am J Publ Health.* 2003;93:1277-9.

Correspondência:

Elaine Albernaz
Barão de Santa Tecla, 583/204
CEP 96010-140 - Pelotas, RS
E-mail: zanrebla@terra.com.br