

## Exclusive breastfeeding for under-6-month-old children

*Aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses*

Sara B. Fein\*

Nesta edição do *Jornal de Pediatria*, Parizoto et al.<sup>1</sup> fornecem, pela primeira vez, uma descrição e uma análise das tendências das taxas de aleitamento materno exclusivo do projeto de vigilância em saúde pública Amamentação e Municípios realizado na cidade de Bauru, SP, entre 1999 e 2006. Os autores também analisam os vários fatores que podem estar associados ao aleitamento materno exclusivo.

A vigilância em saúde pública pode ser definida como coleta e análise constantes e sistemáticas de dados sobre comportamentos, condições e outros tópicos especificamente relacionados à saúde. Essa vigilância é essencial para melhorar a saúde, porque possibilita que as agências de saúde determinem os níveis de comportamento de saúde na população, se esses níveis estão crescendo ou não, e se alguma melhora é vivenciada por todos os grupos ou somente por alguns. A vigilância de tendências em áreas geográficas reduzidas apresenta a vantagem de que as variáveis e mudanças comunitárias tendem a ser as mesmas para todas as mães estudadas, e, portanto, os efeitos das intervenções na comunidade podem ser mais facilmente identificados se existirem outras áreas disponíveis para comparação. O sistema de vigilância específico analisado aqui tem resultados relatados para várias comunidades diferentes, o que possibilita a comparação com essas outras comunidades. A análise das tendências é um componente-chave da vigilância efetiva, e a análise de fatores associados também é útil para a compreensão de quais grupos têm maior necessidade de apoio ou de serviços especiais e quais tipos de intervenções têm maior probabilidade de melhorar o comportamento daquele público.

O aleitamento materno exclusivo é importante para a saúde dos bebês segundo a indicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua recomendação de que os bebês sejam exclusivamente amamentados por 6 meses<sup>2</sup>. A proteção à saúde oferecida pelo aleitamento materno exclusivo não se limita aos países em desenvolvimento; uma meta-análise de larga escala sobre o efeito do aleitamento nos desfechos de saúde de bebês em países desenvolvidos demonstrou que o

aleitamento materno exclusivo oferecia mais proteção do que o aleitamento parcial contra otite média aguda, dermatite atópica e hospitalização por doença respiratória<sup>3</sup>.

Os resultados relatados por Parizoto et al.<sup>1</sup> são significativos por várias razões. Primeiro, mostram como esta parte do estado de São Paulo se comporta em relação a outras cidades do mesmo estado através das comparações com dados publicados sobre outras áreas do estado. Esses resultados também possibilitam que os responsáveis pelas políticas e programas públicos vejam como esta área do Brasil se compara com os dados nacionais gerais sobre aleitamento materno exclusivo. Segundo, os resultados fornecem detalhes relevantes de políticas e programas sobre as idades dos bebês em quem as taxas de aleitamento exclusivo diminuem e quais grupos de mães têm taxas menores e, portanto, precisam de apoio adicional. Terceiro, os resultados contribuem para a literatura sobre os efeitos de um fator modificável específico, o uso de chupeta,

já que tem sido consistentemente demonstrado em estudos observacionais que tal uso apresenta uma forte associação negativa com a amamentação. Os efeitos do uso de chupeta são de particular interesse porque, nos EUA, a Academia Americana de Pediatria recomenda o uso de chupeta para reduzir o risco da síndrome da morte súbita infantil<sup>4</sup>, embora, para os bebês amamentados no peito, a recomendação seja de que as chupetas não devem ser oferecidas até a criança completar 1 mês de vida.

A maioria dos resultados relatados é consistente com outras pesquisas realizadas mundialmente. A associação negativa entre o uso de chupeta e o aleitamento materno exclusivo foi encontrada em muitos países, tanto desenvolvidos<sup>5</sup> quanto em desenvolvimento<sup>6</sup>, e foi reconhecida pela OMS na sua Iniciativa Hospital Amigo da Criança de 1991<sup>7</sup>. Como os autores cuidadosamente discutem, a causalidade dessa associação ainda é controversa. É possível que o ato de sugar uma chupeta iniba a amamentação, e, nesse caso, o fato de se desencorajar as mães a usarem chupetas melhoraria as taxas de amamentação. Os estudos que avaliaram o

**Veja artigo relacionado  
na página 201**

\* PhD. Consumer Studies Staff, Center for Food Safety and Applied Nutrition, Food and Drug Administration, College Park, Maryland, EUA.

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

**Como citar este artigo:** Fein SB. Exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. *J Pediatr* (Rio J). 2009;85(3):181-182.

doi:10.2223/JPED.1905

efeito do uso muito precoce da chupeta sobre os desfechos posteriores da amamentação<sup>5</sup> e os estudos que separaram os efeitos de problemas precoces de amamentação dos efeitos do uso de chupeta<sup>8</sup> apoiam esse direcionamento da causalidade. Porém, também é possível que as mães que têm problemas para amamentar utilizem as chupetas para acalmar seus bebês. Nesse caso, a implicação para as políticas públicas é a necessidade de maior apoio à amamentação para evitar que situações que levem as mães a usar chupetas se propaguem. Também é possível que essas duas possibilidades de causalidade sejam verdadeiras.

Outro resultado que não foi estatisticamente significativo neste estudo apontou uma direção da associação que é consistente com pesquisas realizadas em vários outros países. As mães mais jovens têm taxas de aleitamento materno exclusivo mais baixas do que as mães mais velhas, o que sugere a necessidade geral de esforço e apoio adicionais para as mães mais jovens.

Os autores apontam que diferentes tipos de pesquisas têm demonstrado que as mães que contam com um número maior de serviços referentes à amamentação têm taxas mais altas de amamentação do que as mães menos assistidas. Essa associação foi encontrada para práticas de assistência à maternidade que apoiam a amamentação<sup>5</sup>, assim como para os cenários citados no artigo: número de contatos de apoio à amamentação no estudo da curva de crescimento da OMS no Brasil<sup>9</sup>, número de atendimentos pré-natais<sup>10</sup> e ações a favor da amamentação realizadas na comunidade<sup>11</sup>. A eficácia do apoio à amamentação oferecido por profissionais não-médicos treinados<sup>12</sup> pode ser o resultado desse fenômeno geral. O maior apoio à amamentação é um fator modificável e, como mostra o sucesso dos programas de aconselhamento, não precisa ser realizado por profissionais da área médica para mães que não têm problemas complexos referentes à amamentação.

O estudo de Parizoto et al.<sup>1</sup> tem alguns pontos fortes. A amostra do projeto Amamentação e Municípios provavelmente é a mais representativa possível para os bebês de cada área; embora, infelizmente, os autores não descrevam as características das mães que comparecem à campanha de vacinação. As perguntas realizadas para medir o aleitamento materno exclusivo são fortes; elas solicitam dados detalhados de alimentação que os pesquisadores usam para definir o aleitamento materno exclusivo, em vez de pedir às mães que definam o aleitamento exclusivo. Além disso, os entrevistadores foram cuidadosamente treinados.

O estudo também apresenta várias limitações. A mais importante delas, devido ao fato de se tratar de um estudo transversal, é que a causalidade ou mesmo a ordenação temporal não podem ser estabelecidas. Os autores citam estudos longitudinais sobre algumas das questões importantes, tais como o uso de chupeta e a duração do aleitamento materno exclusivo, e essa estratégia fornece interpretações lógicas para seus resultados. Outra limitação é o fato de que algumas variáveis importantes não foram medidas. Os autores apontam que o número de atendimentos pré-natais no Brasil foi demonstrado em outros estudos como estando positivamente relacionado com a duração da amamentação, mas essa variável não foi relatada e aparentemente não

foi medida na pesquisa. Da mesma forma, as práticas de assistência para puericultura relacionadas à amamentação, a disponibilidade de apoio profissional à amamentação e a força do apoio social não foram avaliadas. Devido ao fato de importantes variáveis não terem sido incluídas na análise, a conclusão de que somente o uso de chupeta esteve significativamente associado ao aleitamento materno exclusivo precisa ser considerada no contexto das variáveis analisadas.

Além disso, enquanto os autores sugerem razões para o aumento do aleitamento materno exclusivo durante o período das três avaliações, eles discutem o provável efeito da campanha de apoio à amamentação na comunidade, que havia ocorrido desde o ano 2000. Os autores apontam que a campanha foi direcionada para profissionais de saúde que trabalham na rede pública de atenção básica à saúde e em maternidades. Contudo, as duas medidas apresentadas referentes ao local do parto e ao tipo de assistência médica infantil, que poderiam indicar a eficiência da campanha, não estavam significativamente relacionadas ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses.

## Referências

1. Parizoto GM, Parada CM, Venâncio SI, Carvalhaes MA. Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85:201-208.
2. World Health Organization. *Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO; 2002.
3. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/ Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
4. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. *The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk*. *Pediatrics*. 2005;116:1245-55.
5. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. *Effect of maternity-care practices on breastfeeding*. *Pediatrics*. 2008;122 Suppl 2: S43-9.
6. Koosha A, Hashemifesharaki R, Mousavinasab N. *Breastfeeding patterns and factors determining exclusive breastfeeding*. *Singapore Med J*. 2008;49:1002-6.
7. United Nations Children's Fund - UNICEF. *The global criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative*. New York, NY: UNICEF; 1992.
8. Kronborg H, Vaeth M. *How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration?* *Birth*. 2009;36:34-42.
9. Albernaz E, Araújo CL, Tomasi E, Mintem G, Giugliani E, Matijasevich A, et al. *Influence of breastfeeding support on tendencies of breastfeeding rates in the city of Pelotas (RS), Brazil, from 1982 to 2004*. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84:560-4.
10. Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER. *Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months*. *Birth*. 2007;34:212-9.
11. Venâncio SI, Monteiro CA. *Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis*. *Public Health Nutr*. 2006;9:40-6.
12. Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. *The CDC Guide to Breastfeeding Interventions*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2005.

Correspondência:  
Sara B. Fein  
E-mail: sara.fein@fda.hhs.gov