



ARTIGO DE REVISÃO

Amamentação: como e por que promover*Breast-feeding: how and why to promote it***Elsa R. J. Giugliani *****Resumo**

A promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. As estratégias de promoção da amamentação devem variar de acordo com a população, sua cultura, seus hábitos, suas crenças, sua posição sócio-econômica, entre outras características. No entanto, de fundamental importância em qualquer estratégia, é a conscientização da importância do aleitamento materno. Essa revisão procura contribuir para essa conscientização entre os profissionais de saúde, mostrando as evidências epidemiológicas da importância do leite materno para a saúde da criança e da mãe. São enfatizados o impacto da amamentação na mortalidade, na morbidade, no estado nutricional das crianças e no espaçamento entre os nascimentos. Num segundo momento, são discutidas algumas atividades promotoras do aleitamento materno, com ênfase nos programas educativos (educação dos profissionais de saúde, das gestantes, das puérperas e da população em geral). Mudanças nas rotinas hospitalares, comunicação de massa, normas para comercialização de alimentos para lactentes, proteção da mãe que trabalha e ações de base comunitária são também abordadas.

J. Pediatr. (Rio). 1994; 70(3) 138-151: aleitamento materno, leite humano, promoção da saúde, educação em saúde.

Há muito o aleitamento materno deixou de ser visto como um ato natural, fisiológico. Hoje em dia, na nossa sociedade, as mulheres que amamentam não o fazem por necessidade ou tradição. Elas **optam** pela amamentação. As crianças, no entanto, não podem optar, muito embora elas tenham o direito de sobreviver, de crescer sadias física e mentalmente e de ter uma boa qualidade de vida. Elas têm o direito de ser amamentadas. Cabe a nós, profissionais de saúde, ajudar na luta pelos direitos das crianças e fazer, muitas vezes, o papel de advogado na questão da amamentação.

Abstract

Breastfeeding promotion must be seen as a priority for the improvement of health and quality of life of children and their families. The strategies should vary according to the population, its culture, habits, beliefs, socio-economic level and other characteristics. Nevertheless, awareness of the importance of breastfeeding is crucial in any strategy. This review article aims to increase this awareness among health professionals. Epidemiologic evidences of the importance of breastfeeding for the mother and child health are addressed. Emphasis is given to the impact of breastfeeding on infant mortality, morbidity and nutritional status, as well as on birth spacing. Further, this article discusses some breastfeeding promotion activities, specially educational programs for health professionals, pregnant women, parturients and general population. Changes in hospital routines, mass media, milk substitute marketing, protection of working mothers and community activities are also addressed.

J. Pediatr. (Rio). 1994; 70(3):138-151: breastfeeding, human milk, health promotion, health education.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que as mudanças observadas nos padrões do aleitamento materno fazem parte do desenvolvimento¹. Assim, em comunidades tradicionais, praticamente todas as mulheres amamentam. À medida que as sociedades se desenvolvem, as mulheres mais educadas passam a preferir as facilidades da mamadeira, atitude que se difunde gradualmente entre as mulheres de outros estratos sociais, atingindo por último as mais pobres e as residentes em áreas rurais. Continuando no processo de desenvolvimento, são justamente as mulheres mais educadas que passam a valorizar o aleitamento materno, adotando novamente esta prática, que mais uma vez se difunde para todas as camadas. Desta maneira, em países desenvolvidos, as mulheres com melhor nível sócio-econômico tendem a amamentar mais, enquanto que, nos países em desenvolvimento, ocorre o inverso.

* Professora Adjunta do Departamento de Pediatria e Puericultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Tendo como base o estudo de uma amostra representativa de toda a população brasileira (Demographic and Health Survey, 1986)², podemos assim descrever a situação da amamentação no Brasil (os dados se referem a crianças nascidas a partir de 1981):

1. Praticamente 90% das crianças brasileiras são inicialmente amamentadas;

2. A duração média da amamentação é de apenas 90 dias, extremamente curta para um país em desenvolvimento;

3. O aleitamento materno exclusivo no Brasil é raro, uma vez que apenas 6% das crianças são amamentadas exclusivamente até os 2 meses de idade. Metade das crianças nesta faixa etária recebe água; 42%, outros líquidos; 23%, leite de vaca; 23%, fórmula; e 16% já recebe alimentos sólidos ou semi-sólidos;

4. A duração média do aleitamento materno é maior entre as mulheres residentes em áreas rurais, quando comparadas com as provenientes de áreas urbanas (130 versus 84 dias);

5. Seguindo o padrão de amamentação da maioria dos países não-industrializados, as mulheres de classes menos privilegiadas (classes baixa e média inferior) amamentam mais que as de melhor nível sócio-econômico (classes média e alta) (4 meses versus menos de 3 meses). No entanto, deve ser enfatizado que em algumas áreas do país, as mais desenvolvidas, o padrão de amamentação é semelhante ao dos países mais desenvolvidos, ou seja, as mulheres mais educadas, de melhor nível sócio-econômico, amamentam por mais tempo³⁻⁵. É interessante notar que a prevalência da amamentação é maior nas faixas de renda mais alta em relação às mais pobres somente até os 6 meses de idade. A partir daí, a prevalência tende a ser maior entre as mães mais pobres⁴⁻⁶.

Os números mostram que a amamentação no Brasil precisa ser promovida. Este artigo discute como e por que promover a amamentação.

Porque promover

Atribui-se ao aleitamento materno a prevenção de mais de 6 milhões de mortes em crianças menores de 12 meses a cada ano. Se a amamentação ótima (exclusiva até 4-6 meses e parcial até o final do primeiro ano de vida) fosse praticada universalmente, mais 2 milhões de mortes (de um total de 9 milhões) poderiam ser evitadas⁷. Vários estudos têm mostrado o efeito protetor do leite materno contra a mortalidade infantil, especialmente nos países em desenvolvimento. Habicht et al⁸, de uma maneira muito elegante, demonstraram que a associação entre aleitamento materno e baixo índice de mortalidade no primeiro ano de vida persiste mesmo quando os vícios comuns cometidos em pesquisas deste tipo (controle inadequado de fatores de confusão e a não observância do fenômeno da causalidade reversa - morte ou doença terminal interferindo na amamentação) são levados em consideração. Este achado foi confirmado por um estudo populacional sobre mortalidade infantil nos municípios de Porto Alegre e Pelotas, no Rio Grande do Sul⁹. Neste estudo, as crianças não amamentadas tiveram um risco 14,2 e 3,6 vezes maior de

morrer por diarreia e doença respiratória, respectivamente, quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente ao peito. Para as crianças parcialmente alimentadas ao seio, esse risco foi de 4,2 e 1,6 vezes, respectivamente.

A contribuição do aleitamento materno para a sobrevivência das crianças depende da idade das mesmas, do tempo de amamentação e do tipo de população. Quanto menor a criança e maior o período de amamentação, maior a sobrevivência^{8,10}. As crianças de baixo nível sócio-econômico tendem a se beneficiar mais com o aleitamento materno, especialmente se for exclusivo, isto é, sem complementação com outros alimentos, incluindo água ou chás. No nordeste brasileiro, por exemplo, as crianças de áreas rurais nunca amamentadas tiveram um risco 2,3 vezes maior de morrer, quando comparadas com as amamentadas por qualquer período. Este risco, no entanto, foi de 1,2 para a população urbana, mais desenvolvida¹⁰.

Nos últimos 10 a 15 anos várias pesquisas têm documentado o efeito protetor do leite materno contra diferentes infecções. Com relação às infecções gastro-intestinais, há fortes evidências epidemiológicas da proteção do leite materno, principalmente em populações de baixo nível sócio-econômico. Feachen e Koblinski¹¹, revisando 35 estudos realizados em 14 países, encontraram relato de proteção do aleitamento materno exclusivo contra diarreia em 83% deles. Gonçalves Sobrinho¹² e Barros Filho et al¹³, através de estudos prospectivos realizados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, mostraram uma associação estatisticamente significante entre ausência de leite materno e maior incidência de episódios de diarreia nos primeiros 6 meses de vida. No entanto, este efeito protetor do leite materno pode diminuir ou mesmo desaparecer quando a criança recebe, além do leite da mãe, qualquer outro alimento, incluindo água ou chá^{2,14-16}.

Victoria et al.¹⁷, num estudo caso-controle envolvendo 192 crianças abaixo de 2 anos de idade hospitalizadas em Porto Alegre por desidratação moderada ou grave, encontraram uma associação entre ausência de aleitamento materno e maior risco para desidratação (3,3 vezes). Este achado sugere que o leite materno tem influência não só no número de episódios de diarreia, como também na gravidade dos mesmos.

Já a relação entre tipo de alimentação e infecções respiratórias é mais polêmica, havendo muita contradição na literatura. Os resultados de inúmeras investigações realizadas em diferentes partes do mundo, com diferentes graus de desenvolvimento, sugerem proteção do leite materno contra infecções respiratórias^{15,18-20}. Há evidências também de que (a) a infecção respiratória é menos grave nas crianças amamentadas²², e (b) a proteção do aleitamento materno contra doenças respiratórias é mais significativa quando a amamentação é exclusiva¹⁹ e quando ocorre nos 6 primeiros meses de vida^{9,15,21-23}, embora ela possa perdurar além deste período^{20,24-26}.

Os estudos que mostram a associação entre aleitamento materno e menor número de episódios de otite média provêm basicamente de países desenvolvidos^{18,19,27,28}. Como exem-

plo podemos citar a coorte de crianças finlandesas seguida por 3 anos; aquelas amamentadas por menos de 2 meses apresentaram um risco 3,3 vezes maior de apresentar 2 ou mais episódios de otite média, quando comparadas com crianças amamentadas por, no mínimo, 6 meses²⁷.

O aleitamento materno parece exercer um efeito protetor contra outras infecções, além da diarreia e das doenças respiratórias. Vitoria et al.⁹ encontraram um risco 2,5 vezes maior de morrer por infecções outras, além de diarreia e infecção respiratória, entre as crianças não amamentadas, quando comparadas com as crianças alimentadas só no peito. Há também algumas evidências indiretas que sugerem a proteção do leite materno contra infecções em geral. A experiência do Hospital Geral de Luzan, nas Filipinas, é uma delas. Naquele hospital a mortalidade por sepsis neonatal foi drasticamente reduzida (de 13,6 para 0,6/1000) após programa de promoção do aleitamento materno, fazendo elevar as taxas de amamentação de 48% para 92%²⁹. Outro exemplo é o descrito por Mata et al.³⁰, que observaram uma queda da mortalidade por doenças infecciosas (4 vezes) em recém-nascidos da área rural da Costa Rica, após mudanças na rotina do berçário, favorecendo os índices de amamentação.

Mais recentemente, tem-se especulado uma associação entre tipo de alimentação da criança pequena e infecção urinária. Como base para esta especulação, encontra-se o estudo feito na Suécia, revelando que as crianças com o primeiro episódio de pielonefrite tinham um período de amamentação significativamente mais curto que os controles³¹. Este achado foi reforçado com um estudo caso-controle realizado na Itália mostrando um risco diminuído (risco relativo = 0,38) de infecção do trato urinário entre crianças hospitalizadas de até 6 meses de idade e amamentadas no peito, exclusiva ou parcialmente, quando comparadas com as nunca amamentadas. Este risco foi ainda menor (risco relativo = 0,18) quando as crianças estavam sendo amamentadas na época da hospitalização³².

Além de prevenir doenças no início da vida, o leite materno parece reduzir o risco de certas doenças crônicas ligadas ao sistema imunológico, como doenças autoimunes³³, doença celíaca³⁴, doença de Crohn e colite ulcerativa^{35,36}, diabetes melitus³⁷ e linfoma³⁸. Alergia alimentar também tem sido encontrada menos freqüentemente em crianças amamentadas exclusivamente ao peito³⁹, e a dermatite atópica pode ter o seu início retardado com a alimentação natural^{40,41}.

Sob o ponto de vista nutricional, cada vez mais tem-se mostrado a superioridade do leite materno sobre os outros leites, uma vez que contém todos os elementos essenciais para o bom crescimento e desenvolvimento das crianças, além de ser mais fácil de ser digerido⁴².

Parece ser consenso que, em condições favoráveis, o leite materno exclusivo é suficiente para um crescimento adequado até os 6 meses de vida, na maioria dos casos⁴³⁻⁴⁸. Alguns estudos realizados em populações de baixo nível sócio-econômico mostram que, mesmo nestas populações, as crianças amamentadas exclusiva ou predominantemente

ao seio se desenvolvem bem nos 6 primeiros meses de vida^{49,50}. Na América Latina, podemos destacar o estudo de Pimentel et al.⁵¹, em Brasília, e o de Juez et al.⁵², no Chile.

Por outro lado, alguns estudos sobre crescimento de crianças amamentadas no peito em populações pobres mostram uma deficiência do crescimento a partir dos 3 meses de idade⁵³. Mesmo assim, essas crianças, quando comparadas com crianças alimentadas com leite artificial, apresentam um melhor estado nutricional. Martines et al.⁵⁴, analisando semanalmente o ganho ponderal de uma coorte de 538 crianças de baixo nível sócio-econômico de Pelotas, Rio Grande do Sul, observaram que as crianças alimentadas ao seio cresceram mais rapidamente que as não amamentadas durante as primeiras 12 semanas de vida. Até o sexto mês, as crianças amamentadas tiveram um melhor estado nutricional quando comparadas com as não amamentadas. Wright e Oliveira⁵⁵, acompanhando crianças de baixo nível sócio-econômico no primeiro ano de vida, em Brasília, encontraram 30,4% de desnutrição entre uma coorte de crianças amamentadas ao peito até o final do primeiro ano de vida. Essa cifra foi semelhante para as crianças com aleitamento misto (33,3%), porém maior para aquelas com aleitamento artificial exclusivo (47,1%). No agreste pernambucano, 80% das crianças amamentadas no momento do estudo tinham um estado nutricional adequado, ao passo que as crianças nunca amamentadas apresentaram um índice de desnutrição de 57%⁵⁶. No Paraná, o aleitamento materno conferiu proteção contra a desnutrição até o sexto mês de vida numa população de baixa renda⁵⁷. Há estudo sugerindo que a amamentação atenua o efeito negativo das doenças sobre o crescimento⁵⁸. Segundo Brown et al.⁵⁹, um dos mecanismos pelo qual o aleitamento materno protege a criança de um déficit de crescimento decorrente de doença é a manutenção do aporte calórico proveniente do leite materno, mesmo na vigência de infecções.

Parece não haver controvérsias quanto à necessidade de complementação do leite materno após os 6 meses para todas as crianças. Porém, nas populações de baixa renda, essa complementação freqüentemente é inadequada, qualitativa e quantitativamente, fazendo com que o leite materno continue sendo a principal fonte de calorías e de proteínas entre o sexto e o décimo-segundo meses de vida ou mesmo no segundo ano de vida⁶⁰⁻⁶³.

Existem alguns estudos sugerindo que a amamentação prolongada está associada à desnutrição⁶⁴⁻⁶⁵. Briend e Bari⁶⁶ acompanharam por 2 anos uma coorte de 1087 crianças com idade entre 12 e 35 meses numa área rural de Bangladesh. Os autores concluíram que, apesar das crianças amamentadas por mais de 1 ano terem um maior grau de desnutrição, o leite materno protege contra o risco de morte entre as crianças desnutridas (risco relativo = 6,0). Recentemente Grummer-Strawn⁶⁷ publicou uma excelente revisão sobre amamentação prolongada (mais de 1 ano) e crescimento da criança. Dos 13 estudos selecionados a partir de 1975, 8 relataram uma associação negativa entre aleitamento materno prolongado e ganho de peso, 2 encontraram uma relação



positiva e 3 obtiveram resultados neutros. O autor afirma que as falhas metodológicas dos estudos limitam as suas conclusões e sugere que as mulheres amamentem seus filhos por períodos prolongados. Segundo o autor, mesmo que a associação entre desnutrição e amamentação prolongada se confirme, a proteção que o leite materno confere contra infecções justifica esta conduta, em especial nos lugares onde as condições sanitárias são precárias, com altas taxas de desnutrição. A associação entre aleitamento materno prolongado e estado nutricional parece não ser uniforme, variando de acordo com o tipo de população, como foi demonstrado na Tunísia⁶⁸ e no sul do Brasil⁶⁹. As crianças mais pobres tendem a apresentar um melhor estado nutricional quando amamentadas por um período maior, ocorrendo o inverso em crianças de melhor nível sócio-econômico.

Uma outra grande vantagem da amamentação que repercute na saúde da criança é o seu efeito protetor contra novas gravidezes. Tem-se afirmado que o aleitamento materno previne mais concepções que todos os métodos anticoncepcionais juntos⁷⁰. Sabe-se que as mulheres que amamentam plenamente tem 98% de proteção contra gravidez nos primeiros 6 meses após o parto⁷¹. Pesquisas demográficas sugerem que o risco de gravidez entre as mulheres que amamentam e que ainda não menstruaram não é maior do que 10% após os 6 meses e que, em muitos lugares, esta proteção dura além do primeiro ano⁷¹. Como resultado, o intervalo entre os nascimentos em populações que amamentam é, em média, 50% maior do que nas populações que não praticam o aleitamento materno⁷². Tem sido descrito que as mulheres que amamentam por 1 a 2 anos, sem usar métodos anticoncepcionais, têm um espaçamento entre os nascimentos de 5 a 10 meses maior do que as que não amamentam⁷³.

O impacto do espaçamento entre os nascimentos na saúde das crianças é variável, sendo maior nas populações onde a mortalidade infantil é alta, segundo estudos realizados na América Latina⁷⁴ e na China⁷⁵. Hobcraft et al⁷⁶, analisando os dados da "World Fertility Surveys" de 39 países em desenvolvimento, encontraram uma mortalidade consideravelmente maior em crianças que nasceram até 2 anos após o nascimento de um irmão. O risco de morte foi maior também para as crianças cujas mães engravidaram antes das crianças completarem 2 anos.

Tendo como base as informações coletadas em 25 países em desenvolvimento, incluindo países da América Latina, foi estimada uma queda da mortalidade infantil em 5%, se todas as mulheres engravidassem entre 20 e 34 anos; em 3%, se nenhum casal tivesse mais de 3 filhos; e em 10%, se as gestações tivessem um intervalo superior a 24 meses, totalizando uma redução de 18%⁷⁷.

Outro aspecto a ser considerado na escolha do tipo de alimento para a criança pequena é o seu desenvolvimento neurológico. As informações nesta área ainda são escassas, não havendo elementos suficientes que comprovem definitivamente a superioridade do leite materno. Alguns estudos mostram vantagem das crianças amamentadas quanto ao desenvolvimento neurológico. No Reino Unido, estudo

controlado revelou uma diferença pequena, porém significativa, no desenvolvimento das crianças amamentadas, aos 8 e aos 15 anos, quando comparadas com as não amamentadas⁷⁸. Na Nova Zelândia, as crianças amamentadas tiveram um melhor desempenho em testes de inteligência e compreensão aos 3, 5 e 7 anos e uma melhor expressão verbal aos 3 e 5 anos⁷⁹. Essa vantagem das crianças amamentadas sobre as não amamentadas foi encontrada já no primeiro ano de vida⁸⁰. É difícil avaliar o quanto as diferenças na relação mãe-filho, nas características maternas e no ambiente familiar entre as crianças amamentadas e as não amamentadas contribuem para o melhor desempenho das crianças amamentadas, relatado em algumas publicações. Um estudo recente, realizado na Inglaterra, sugere que o leite materno, por si só, tem um efeito benéfico no desenvolvimento neurológico das crianças. Os autores avaliaram o QI de 300 crianças com 8 anos de idade, nascidas prematuras, controlando educação materna e classe social. As crianças que receberam leite materno (mesmo por sonda nasogástrica) mostraram um QI significativamente maior em relação às alimentadas com leites artificiais⁸¹. Este estudo teve grande repercussão na imprensa leiga.

Amamentar é dar carinho e proteção à criança. É um ato de amor. A sua repercussão no desenvolvimento emocional da criança e no relacionamento mãe-filho a longo prazo é difícil de avaliar, muito embora, empiricamente, acredite-se que o ato de amamentar traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Procianny e Bercini⁸², comparando mulheres que estavam amamentando aos 2 meses após o parto com mães que haviam interrompido o aleitamento materno antes deste período, encontraram um índice de interesse materno significativamente maior para as mães que praticavam a amamentação.

O aleitamento materno traz vantagens não só para a criança como também para a mãe, a família e a comunidade. Entre as vantagens da amamentação para a mãe, são frequentemente citadas a involução uterina pós-parto mais rápida, a proteção contra anemia (amenorréia pós-parto mais prolongada), a menor incidência de câncer de mama⁸³ e de ovário⁸⁴, além da anticoncepção. Muitas mães acham prático amamentar, estando o leite pronto e na temperatura adequada a qualquer hora e lugar. Mas talvez o mais significativo seja o fato de que uma amamentação bem sucedida com frequência desperta na mulher um sentimento de profunda ligação com o filho e de realização como mulher e como mãe.

Num país onde muitas famílias contam com escassos recursos para o seu sustento, o fator econômico não pode deixar de ser considerado. Amamentar uma criança ao seio é mais barato do que alimentá-la com leite artificial, mesmo levando em consideração os alimentos extras que a mãe deve ingerir na lactação.

Pouco se fala do impacto do aleitamento materno na qualidade de vida das crianças e de suas famílias, variável difícil ou mesmo impossível de ser medida. Aparentemente não existe na literatura trabalho científico sobre o assunto, mas é fácil de imaginar a melhoria da qualidade de vida se as

famílias fossem menos numerosas e não tivessem que desviar os seus recursos para a compra de leite artificial, se as crianças adocessem e hospitalizassem menos e se as mulheres se sentissem mais realizadas. Ninguém duvida o quanto seria melhor se as famílias pudessem ser poupadas da dor e do trauma da morte de uma criança.

Comopromover

A promoção do aleitamento materno pode ser feita de diversas maneiras, através de ações que, em seu conjunto, formam os diversos componentes dos programas de incentivo à lactação. Todas as categorias de profissionais de saúde têm um papel importante a desempenhar nas diversas atividades promotoras do aleitamento materno. A seguir, são descritas algumas destas atividades⁸⁵ e o papel do profissional de saúde em cada uma delas.

AtividadesEducativas

Educação dos profissionais de saúde - não há dúvidas quanto à importância dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno. Porém, eles estão preparados para isso? Sabe-se que atitudes positivas com relação ao aleitamento materno são muito importantes para a sua promoção, bem como conhecimento sobre o assunto. A falta de conhecimento pode, na realidade, ser um obstáculo à amamentação devido a informações incorretas transmitidas às mães, insegurança e falta de consistência. Existem vários estudos feitos em diferentes partes do mundo mostrando indiferença, inconsistências, atitudes negativas e pouco conhecimento dos profissionais de saúde relacionados ao aleitamento materno⁸⁶⁻⁹¹. Cavalcanti⁹², estudando atitudes, práticas e conhecimentos sobre aleitamento materno entre os profissionais de saúde de Unidades da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, observou que, em geral, os profissionais de saúde apresentam deficiências no conhecimento e atitudes negativas com relação à amamentação, adotando práticas alimentares que certamente interferem na lactação. O profissional de saúde, portanto, deve ter a humildade de reconhecer que precisa aprender mais sobre aleitamento materno e atualizar-se periodicamente. Alguns acreditam que não há muito o que aprender sobre amamentação. Se isso fosse verdade, como explicar o surgimento da especialidade em aleitamento materno em países mais desenvolvidos? Os resultados da pesquisa do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno no Brasil mostraram claramente o desinteresse generalizado dos profissionais sobre a atualização científica quanto à amamentação no início da década de 80⁹³. É provável que os 315 seminários e o treinamento de 12.300 funcionários da saúde como parte do programa tenham alterado este quadro⁹⁴.

Aos administradores dos estabelecimentos de saúde cabe a organização de programas educativos (básico e de atualização) para aumentar os conhecimentos e melhorar as atitudes quanto à amamentação dos profissionais que podem promover o aleitamento materno.

Àqueles que trabalham na rede de ensino cabe propor

reformas curriculares, dando mais ênfase ao aleitamento materno, e melhorar as técnicas de ensino, além de elaborar, divulgar e distribuir materiais informativos sobre o assunto.

Educação das gestantes - o pré-natal pode ser uma ótima oportunidade para motivar as mães a amamentar. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 1989, 62% das gestantes brasileiras têm acesso aos serviços de pré-natal, sendo 73% na área urbana e 36,2% na área rural⁹⁴. Infelizmente, muitas mulheres não recebem orientação sobre amamentação no pré-natal. No estudo de Bissani et al.⁹⁵, apenas 31% das gestantes de 2 vilas periféricas de Porto Alegre receberam orientação quanto ao aleitamento materno, apesar de 80% afirmarem ter feito acompanhamento pré-natal. Cifras semelhantes foram obtidas por Giugliani et al.⁹⁶, também em Porto Alegre. A avaliação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno mostrou apatia nos serviços de saúde, onde 70,8% das mulheres tiveram mais de 6 consultas durante o pré-natal e 66% não receberam orientação sobre o assunto⁹⁴. Diferentes estudos realizados em países industrializados descreveram uma correlação positiva entre conhecimentos da mãe sobre amamentação e duração do aleitamento materno⁹⁷⁻⁹⁹. A educação pré-natal freqüentemente faz parte de programas de incentivo ao aleitamento materno bem sucedidos¹⁰⁰⁻¹⁰⁵. Em Chicago, Estados Unidos, houve um aumento de 22% na incidência do aleitamento materno numa população negra de baixo nível sócio-econômico somente com a introdução de classes pré-natais sobre aleitamento materno. Esse aumento foi de 27% quando a orientação era feita individualmente¹⁰².

Tabela 1 - Os dez passos para o sucesso do aleitamento materno OMS/UNICEF, 1989

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

Em 1989, a OMS, juntamente com a UNICEF, elaborou os "Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno"¹⁰⁶. Como podemos observar na tabela 1, um dos passos é informar **todas** as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno. Além das vantagens da alimentação natural, as mães devem ser informadas quanto às desvantagens da introdução precoce de leites artificiais. Desde cedo, na gravidez, a gestante deve ter conhecimento da fisiologia da lactação, devendo ser enfatizado que a manutenção da produção do leite depende do estímulo produzido pela sucção dos mamilos. As mães devem ser informadas também das dificuldades que podem surgir e estar preparadas para preveni-las ou superá-las.

Os fatores de risco para interrupção precoce da amamentação devem ser pesquisados já na gravidez. As gestantes que apresentam estes fatores devem receber atenção especial e maior apoio. Vários fatores são citados na literatura, variando de acordo com a metodologia utilizada e o local da investigação¹⁰⁷. Um estudo prospectivo realizado em Porto Alegre encontrou os seguintes fatores para desmame precoce (antes dos 3 meses): pouca educação materna (menos de 8 anos de escolaridade), desmame precoce em filhos anteriores (antes dos 3 meses), ausência de orientação no pré-natal, falta de apoio do marido/companheiro, ausência de empregada doméstica na casa e presença de parentes ajudando nos afazeres domésticos⁹⁶. A importância de experiência prévia com amamentação de filho(s) anterior(es) na duração da amamentação foi também demonstrada por outros estudos realizados no Brasil¹⁰⁸⁻¹⁰⁹ e no exterior¹¹⁰⁻¹¹². Já Martines et al.⁵⁵, em estudo prospectivo realizado em Pelotas, encontraram os seguintes fatores associados a uma maior duração do aleitamento materno numa população urbana de baixo nível sócio-econômico: criança do sexo feminino, mãe de raça negra, início do aleitamento nas primeiras 12 horas pós-parto, leite materno como primeira alimentação da criança, amamentação em regime de livre demanda, mamadas freqüentes (mais de 7 por dia) e ausência de uso de anticoncepcional oral a base de estrógeno. Os autores observaram também que as crianças amamentadas cujo estado nutricional havia se deteriorado em relação ao do nascimento (medido através do score Z) apresentaram um risco aumentado de interromper a amamentação, especialmente nos 3 primeiros meses de vida.

Além da educação da gestante durante a assistência pré-natal, cabe ao profissional de saúde fazer um exame detalhado das mamas, a fim de diagnosticar precocemente algum problema mamário que possa interferir com a amamentação, como por exemplo mamilos invertidos e cirurgias plásticas. A orientação quanto aos cuidados com os mamilos e quanto à ingestão de uma dieta saudável é parte importante da promoção do aleitamento materno. Igualmente relevante é a discussão com a mãe sobre certos mitos relacionados com a amamentação, que variam de lugar para lugar. Carvalho (113) descreve com muita propriedade alguns desses mitos, entre os quais estão o uso compulsório de água e/ou chás nos intervalos das mamadas, o leite fraco, a associação entre dor nos mamilos e freqüência das mamadas e a interpretação do

choro do bebê como sendo invariavelmente fome.

Educação das puérperas - contrário ao ditado popular, o aleitamento materno não é um ato puramente instintivo. É uma arte feminina transmitida de geração a geração. Em função das mudanças sociais e da imigração para áreas urbanas, muitas mulheres se viram privadas do apoio e dos conhecimentos de familiares que já amamentaram e que tradicionalmente transmitiam a sua experiência, ajudando as novas mães. Por isso, todas as mães que amamentam, especialmente as que estão amamentando pela primeira vez ou as que desmamaram precocemente filhos anteriores, devem ser orientadas e ajudadas. A avaliação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno revelou que mais da metade das parturientes (58,8%) não receberam nenhum esclarecimento quanto à amamentação na maternidade⁹⁴.

No parto e no puerpério, alguns fatores favorecem a amamentação, tais como parto natural, contato íntimo entre a criança e a mãe logo após o nascimento, instalação do alojamento conjunto o mais cedo possível, não suplementação com outros tipos de leite ou quaisquer outros líquidos, incluindo água ou chás, não uso de chupetas para acalmar as crianças e amamentação sob livre demanda, ou seja, sem horários pré-estabelecidos¹⁰⁷. O relógio, infelizmente, continua a ocupar um lugar de destaque na amamentação, o que não é de se estranhar em sociedades que valorizam tanto o tempo. Não é fácil para os profissionais de saúde e para as mães se libertarem totalmente do relógio. Hoje se sabe que amamentar em horários pré-estabelecidos tende a diminuir o volume de leite produzido¹¹⁴, aumentando a fome da criança e favorecendo, desta maneira, o desmame¹¹⁵⁻¹¹⁸. Além disso, há evidências de que alimentações regulares não fazem parte do comportamento normal das crianças pequenas¹¹⁹.

Uma boa técnica de amamentação é indispensável para o seu sucesso, uma vez que previne trauma nos mamilos e garante a retirada efetiva do leite pela criança¹²⁰. O bebê deve ser amamentado numa posição que seja confortável para ele e para a mãe, que não interfira em sua capacidade de abocanhar tecido mamário suficiente, de retirar o leite efetivamente e de deglutir e respirar livremente. A mãe deve estar relaxada e segurar o bebê completamente voltado para si. Estudos com cineradiografias¹²¹ e ultra-som^{122,123} mostram que é importante a criança abocanhar cerca de 2 cm do tecido mamário, além do mamilo, para que a amamentação seja eficiente. A criança que não abocanha uma porção adequada da mama tende a causar trauma nos mamilos¹²⁴ e pode não ganhar peso adequadamente, apesar de permanecer longo tempo no peito. As mamadas ineficazes dificultam a manutenção da produção adequada de leite, e uma má estimulação do mamilo pode diminuir o reflexo de ejeção. Muitas vezes o bebê com pega incorreta é capaz de obter o chamado leite anterior, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais nutritivo e rico em gorduras. Numa pega ótima, os lábios do bebê ficam levemente voltados para fora. Lábios apertados são indicação de que ele não conseguiu pegar tecido suficiente. É importante enfatizar que quando a criança é amamentada numa posição correta e tem uma pega boa, a mãe não

sente dor. A tabela 2 pode servir de guia para os profissionais de saúde e para as mães conferirem posicionamento e pega na amamentação.

Tabela 2 - Lista para conferir posicionamento e pega na amamentação.

1. Roupas da mãe e do bebê adequadas, sem restringir movimentos.
2. Mãe confortavelmente posicionada, bem apoiada, não curvada para trás nem para frente.
3. Corpo do bebê todo voltado para a mãe. O apoio do bebê deve ser feito nos ombros e não na cabeça, que deve permanecer livre para inclinar-se para trás.
4. Braço inferior do bebê ao redor da cintura da mãe, corpo fletido sobre ela, quadris firmes, pescoço levemente estendido.
5. Bebê no mesmo nível da mama, sustentada por fralda, se necessário, boca centrada em frente ao mamilo.
6. Comprimir a mama suavemente enquanto o bebê abocanha, entre o polegar e indicador, atrás da aréola, não entre indicador e dedo médio.
7. Encorajar abertura grande da boca, língua bem abaixada, estimulando o lábio inferior com o mamilo; repetir até conseguir boa abertura da boca.
8. Levar o bebê ao peito, não o peito ao bebê; tórax com tórax.
9. O bebê deve abocanhar boa porção da mama além do mamilo.
10. Checar se o queixo está bem de encontro à mama.
11. O bebê mantém a boca ampla colada na mama, lábios não apertados.
12. Lábios do bebê curvados para fora, não enrolados criando um lacre.
13. Língua do bebê sobre a gengiva inferior, algumas vezes visível. Checar voltando-se suavemente o lábio inferior para baixo.
14. O bebê deve manter-se fixado sem escorregar ou largar o mamilo.
15. A mama não deve parecer esticada ou deformada.
16. Frequência rápida de sucção (>2 por segundo), caindo para cerca de 1 por segundo, pois o volume de leite por sucção aumenta após o reflexo de ejeção; pausas ocasionais; maior irregularidade no final da mamada.
17. Bochechas do bebê não se encovam a cada sucção; não deve haver ruídos da língua; a deglutição, entretanto, pode ser barulhenta.
18. Bebê mamando ativamente trabalha pesadamente; mandíbulas e freqüentemente toda a cabeça movem-se; orelhas podem se mexer.
19. Logo depois que o bebê larga a mama, o mamilo parecerá alongado; o trauma é indicado por mamilo com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas.
20. Amamentação com posicionamento e pega bons não dói.

Fonte: Material distribuído no Curso de Treinamento em Amamentação para Equipes Multidisciplinares de Saúde. Centro de Lactação de Santos, São Paulo.

Acompanhamento pós-parto - idealmente, cada mãe, ao sair da maternidade, deveria carregar consigo um endereço ou um telefone que lhe garantisse ajuda, a qualquer hora, em casos de dúvidas e dificuldades relacionadas ao aleitamento materno. Nos países mais desenvolvidos, o número de "breastfeeding hotlines" que visam dar informação, orientação e apoio relacionados com a lactação tem aumentado. Esses centros de informação podem ser úteis também aos profissionais de saúde, que certamente se deparam com situações desconhecidas para ele.

Ao sair da maternidade, as mães devem ser orientadas a comparecer com o recém-nascido para reavaliação médica quando este tiver não mais que 7 a 10 dias, pois é nos primeiros dias, em casa, que surgem problemas e dúvidas que podem dificultar a amamentação. Em todas as visitas de reavaliação é importante que o profissional de saúde reitere os ensinamentos do pré-natal e oriente o desmame na época oportuna. Aqui, novamente, o profissional deve estar atento para a presença de fatores de risco para desmame precoce e trabalhar mais intensamente com as mães que os apresentam.

A saúde física e mental da mãe deve sempre ser checada, tanto nas revisões da mãe como nas da criança. Sabe-se que fatores de ordem emocional como motivação, autoconfiança e tranquilidade são fundamentais para uma amamentação bem sucedida. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo e a falta de autoconfiança podem inibir o reflexo de ejeção do leite, prejudicando a lactação¹²⁵.

Uma mãe saudável, bem nutrida, tem mais chances de amamentar plenamente, com sucesso. Estima-se que, para a produção do leite, uma nutriz necessite ingerir um acréscimo de, no mínimo, 500 calorias e 15 gramas de proteínas por dia¹²⁶. Isto pode ser conseguido através de uma dieta variada que forneça todos os nutrientes essenciais. A alimentação ideal de uma nutriz pode ser inacessível para muitas mães de baixo poder aquisitivo, o que pode desencorajá-las a amamentar seus filhos. Por isso, é preciso orientar a alimentação de cada nutriz de acordo com as suas possibilidades econômicas. Estudos demonstram que mulheres sem alimentação adequada, e mesmo desnutridas, têm condições de amamentar seus filhos plenamente, pelo menos nos primeiros meses de vida, devendo, pois, serem encorajadas para tanto¹²⁷.

Um outro aspecto que deve sempre ser considerado é o uso de drogas pela mãe durante a amamentação. Como regra geral, deve-se recomendar à lactante evitar ao máximo o uso de medicamentos, pois muitos deles podem ser excretados no leite em quantidades suficientes para causar efeitos (muitos ainda não bem estudados) no lactente. Na realidade, poucas drogas são comprovadamente contra-indicadas na lactação. Segundo o Comitê de Drogas da Academia Americana de Pediatria, as drogas formalmente contra-indicadas durante a amamentação são: anfetamina, bromocriptina, cocaína, ciclofosfamida, ciclosporina, doxorubicina, ergotamina, fenciclidina, fenindiona, heroína, lítio, maconha, metrotexate e nicotina¹²⁸. Recomenda-se consultar uma tabela de drogas na amamentação antes de prescrever qualquer medi-



cação cujo efeito para o lactente seja desconhecido ou antes de recomendar a suspensão da amamentação. Algumas drogas, embora não sejam contra-indicadas na amamentação, podem causar efeitos colaterais nas crianças amamentadas. Nestas situações, cabe ao médico calcular os riscos e os benefícios para a mãe e a criança. É importante lembrar que, para a maioria das medicações, o efeito da droga na criança é minimizado se a ingestão for feita logo após a amamentação¹²⁹.

A tabela 3 apresenta alguns dos fatores que podem interferir na amamentação bem sucedida, devendo o profissional de saúde checá-los, principalmente se a mãe referir ter pouco leite, ou se a criança não estiver ganhando peso adequadamente.

Tabela 3 - Fatores que podem interferir com a amamentação plena

1. Má técnica de amamentação (posicionamento e pega).
2. Suplementação líquida (leite, suco, chá com açúcar), saciando a criança, fazendo-a espaçar mais as mamadas, com conseqüente diminuição da sucção dos mamilos.
3. Uso de chupetas (bico), que podem ser um substituto para as mamadas freqüentes.
4. Uso de protetores de mamilos, interferindo nos reflexos produzidos pela sucção.
5. Horários fixos de mamadas, dificultando o ajuste da produção do leite à demanda da criança.
6. Mamadas infreqüentes, muito curtas ou num só seio, estimulando pouco os mamilos.
7. Fadiga ou tensão materna, interferindo no reflexo de descida do leite.
8. Uso de drogas que interferem na produção do leite (anticoncepcionais orais, nicotina em excesso, bromocriptina).

Fonte: Giugliani ERJ. Aleitamento Materno. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. Medicina Ambulatorial. Condução Clínica em Atenção Primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990;74-7.

Educação da população em geral - os profissionais de saúde devem tentar envolver as pessoas que têm uma participação importante no dia-a-dia das mães e das crianças. Vários investigadores têm demonstrado a influência dos amigos, dos vizinhos e dos parentes nas práticas alimentares infantis¹³⁰⁻¹³⁶. O apoio do marido/companheiro é provavelmente a fonte mais significativa de estímulo para amamentar que uma mulher pode receber. Vários estudos suportam esta hipótese^{96,112,130,137}. Issler et al.¹³⁸, em São Paulo, destacam a importância do pai na amamentação, baseados no fato de que a duração do aleitamento materno apresentou associação com a escolaridade do casal e não da mãe isoladamente. Pesquisas recentes demonstram que há muitas percepções errôneas e falta de conhecimentos com relação à lactação entre os pais das crianças que não são amamentadas¹³⁹⁻¹⁴⁰. Começa-se a dar importância à participação ativa do pai na educação sobre amamentação.

Mudanças nas rotinas hospitalares

Aos administradores cabe a divulgação maciça e a implementação dos Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno (tabela 1). A todos nós cabe acreditar nos dez passos e executá-los com convicção. Naqueles lugares onde as rotinas hospitalares dificultam o início da amamentação, é dever de cada um de nós tentar sensibilizar os administradores e exercer pressão para uma rotina mais humanizada. O uso abusivo de mamadeiras no berçário, apesar de ser uma prática anti-fisiológica, pode ser observado mesmo em lugares que se dizem engajados na promoção do aleitamento materno. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por exemplo, 51,7% dos recém-nascidos normais, com peso de nascimento adequado, receberam pelo menos uma mamadeira com fórmula láctea durante a sua permanência no berçário¹⁴¹. Essa prática, além de confundir o reflexo de sucção do recém-nascido, pode retardar o estabelecimento da lactação⁸⁶ e dar a impressão à mãe de que a mamadeira é “uma coisa boa”. Sendo assim, por que não dar mamadeira em casa quando surgir a primeira dificuldade?

Comunicação de massa

Sempre que possível, o profissional de saúde deve se envolver nas campanhas publicitárias de promoção do aleitamento materno, aproveitando todas as oportunidades que surgirem para “transmitir o seu recado” (entrevistas, palestras, shows, etc). Grande parte do sucesso do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno foi atribuído à campanha nos meios de comunicação de massa, em especial na televisão.

Normas para comercialização de alimentos para lactentes

Essas normas são uma adaptação do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, numa tentativa de torná-lo mais adequado à realidade de nosso país. Foram criadas com o objetivo de contribuir para assegurar a adequada nutrição dos lactentes, protegendo e incentivando a amamentação através da regulamentação da promoção comercial e do uso apropriado dos alimentos que são comercializados como substitutos ou complementos do leite materno. Cabe a todos nós a divulgação das normas e a vigilância do seu cumprimento.

Proteção à mãe que trabalha

A mulher que amamenta, freqüentemente, enfrenta obstáculos para manter esta prática quando tem de retornar ao trabalho. Apesar disso, as taxas de aleitamento materno entre as mães que trabalham fora do lar mostram que trabalho e amamentação não são incompatíveis¹⁴². Em alguns lugares, as estatísticas mostram que as mulheres que trabalham tendem a amamentar mais que as que não necessitam se afastar do lar^{143,144}. Portanto, toda mãe que trabalha e deseja continuar amamentando deve ser orientada quanto à manutenção do aleitamento (tabela 4). Além da orientação, o profissional de saúde tem o dever de informar às mães os seus direitos legais de nutriz.

Tabela 4 - Orientações úteis para as mães que trabalham fora do lar**Antes do retorno ao trabalho:**

1. Praticar o aleitamento materno exclusivo (não oferecer mamadeiras de espécie alguma) para que a lactação esteja bem estabelecida.
2. Fazer reconhecimento no local de trabalho das facilidades para a retirada e o armazenamento do leite (privacidade, geladeira, horários).
3. Familiarizar a criança com antecedência (10 a 14 dias) com a pessoa que vai cuidar dela e com o alimento que vai receber na ausência da mãe. A criança tende a aceitar melhor o alimento se este for inicialmente oferecido por alguém que não seja a mãe e na metade do dia.
4. Praticar a retirada do leite (manualmente ou com bomba) e congelar o leite (quando possível) para uso no futuro.

Após o retorno ao trabalho:

5. Amamentar o maior número de vezes que puder quando estiver em casa, inclusive à noite.
6. Amamentar logo antes de sair de casa e assim que chegar.
7. Não alimentar o bebê perto do horário de chegada da mãe, para que o seio seja esgotado na mamada.
8. Evitar ao máximo o uso de mamadeira no período em que a mãe estiver fora de casa. Se a criança não for muito pequena, alimentá-la com papa ou sucos, usando uma colher.
9. Durante as horas de trabalho, esgotar o seio manualmente ou com bomba, e guardar o leite na geladeira por no máximo 48 horas. Oferecer o leite à criança na ausência da mãe ou congelá-lo por até 2 meses. Retiradas freqüentes do leite são mais efetivas do que retiradas espaçadas.
10. O leite estocado nunca deve ser fervido ou colocado no microondas. Deve ser descongelado naturalmente e, após, aquecido em banho-maria.

Fontes: Lueska S. Desmame e alimentação na infância. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina Ambulatorial. Condutas Clínicas em Atenção Primária*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990: 77-80.

Vogelhut J. Breast-feeding. In: Seidel HM, Rosemstein B, Pathak A, eds. *Primary Care of the Newborn*. St. Louis: Mosby Year Book, 1933:423-35.

A legislação brasileira prevê uma dispensa de até 4 meses para a lactação e dois descansos diários, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para que a mãe possa amamentar o seu filho, até ele completar 6 meses. Quando não existir creche na empresa, ou ela ficar distante do local de trabalho, o descanso de meia hora terá de ser aumentado, a fim de que a mãe possa sair da empresa para amamentar o seu filho. Nestes casos, a mulher tem o direito de receber indenização pelas despesas que tiver. Muito importante é a motivação e o apoio, por parte dos administradores, às lactantes que trabalham na rede de saúde. A elas devem ser oferecidas facilidades para que possam retirar e estocar o seu leite durante as horas de trabalho. Uma mulher que amamenta com sucesso é em potencial uma promotora desta prática.

Ações de base comunitária

Os profissionais de saúde devem incentivar a formação de grupos de mães e de outros grupos que atuem na promoção do aleitamento materno, dar apoio e trabalhar integrados com esses grupos.

A tabela 5 apresenta alguns exemplos de programas bem sucedidos de promoção do aleitamento materno que prolongaram a amamentação. Eles são uma prova de que o esforço do profissional de saúde em prol da amamentação tem resultados palpáveis. Podemos citar também o exemplo do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, oficialmente lançado no Brasil em 1981. Esse programa foi considerado modelo por sua diversidade de ações na promoção (meios de comunicação de massa, treinamento de profissionais de saúde), proteção (leis trabalhistas, controle da comercialização de leites artificiais) e apoio (grupo de mães, aconselhamento individual, material informativo) ao aleitamento materno¹⁴⁵. Em 1987/1988, o programa foi avaliado, tornando evidente o seu impacto positivo: aumento na duração da amamentação de 89 para 127 dias, em São Paulo, e de 66 para 104 dias, em Recife. A amamentação exclusiva aumentou 1,5 vezes em São Paulo e 2,2 vezes em Recife. Infelizmente, o programa passou por uma série de dificuldades, sendo desativado em 1985. No segundo semestre de 1986, o programa foi reativado, desta vez com uma estratégia operacional de caráter multissetorial e institucional, contemplando as áreas da saúde, educação, trabalho, código de comercialização de alimentos infantis, comunidade e comunicação¹⁴⁶.

Em função das taxas do aleitamento materno no Brasil, do grau de desenvolvimento do nosso país e das evidências epidemiológicas da importância da amamentação, a promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. Não existe uma estratégia única capaz de elevar as taxas de aleitamento materno. Ela deve variar de acordo com a população, sua cultura, seus hábitos, suas crenças, sua posição sócio-econômica, entre outras características. No entanto, em qualquer estratégia, é fundamental **acreditar na importância da amamentação**.

Referências bibliográficas

1. Williamson NE. Breastfeeding trends and patterns. *Int J Gynecol Obstet* 1989; suppl 1:145-52.
2. Barros FC, Victora CG. Breastfeeding and diarrhea in Brazilian children. *Demographic and Health Surveys Further Analysis Series*, No. 3, March 1990.
3. Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho Nm. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. *Acta Paediatr* 1992; 81:484-7.
4. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. Breastfeeding and socio-economic status in southern Brazil. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75:558-62.

Tabela 5 - Exemplos de programas bem sucedidos que aumentaram a duração do aleitamento materno

Autor/Ano	Lugar	Intervenção	Resultado
Auerback 1984 ¹⁰¹	Clínica, Nebraska, USA	Orientação pré e pós-natal com especialista	Prevalência aos 4 meses de 22 para 52%
Saunders e Carrol ¹⁴⁷	Comunidade rural Novo México, USA	Orientação pós-parto Seguimento por telefone Educação em grupo	Prevalência aos 4 meses de 47 para 66%
Jones e West ¹⁴⁸	Hospital Geral Municipal Cardiff, País de Gales	Apoio às mães após o parto, no hospital e em casa, por especialistas	Prevalência no 1º mês de 72 para 84%
Houston et al ¹⁴⁹	Simpson Memorial Maternity, Edinburgo, Escócia	Visitas domiciliares pós-natais até o desmame Telefone disponível	Prevalência aos 6 meses de 60 para 86%
Jenner ¹⁰³	Maudsley Hospital Londres, Inglaterra	Visitas domiciliares pré e pós-natais Orientação no puerpério	Prevalência aos 3 meses de 32 para 68%
Bulkhalter e Marin ¹⁰⁴	Posto de Saúde Lo Bornechea, Santiago, Chile	4 classes pré-natais Apoio na clínica Visitas domiciliares	Prevalência de AM exclusivo aos 3 meses de 30 para 74%
Pérez e Valdez ¹⁰⁵	Hospital Universitário da PUC, Santiago, Chile	Treino profissionais de saúde Educação pré-natal e no puerpério Clínica de AM	Prevalência de AM exclusivo aos 6 meses de 32 para 67%

- Monteiro CA, Kuniga HPP, Benício MH, Réa MF. Breastfeeding patterns and socioeconomic status in the city of São Paulo. *J Trop Pediatr* 1988;34:186-92.
- Issler RMS. Níveis de pobreza e sua repercussão no estado de saúde de populações urbanas de baixa renda: um estudo em Porto Alegre, RS (dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1993.
- Huffman SL, Yeager BAC, Levine RE, Shelton J, Labbok M. Breastfeeding saves lives: an estimate of the impact of breastfeeding on infant mortality in developing countries. Bethesda: Center to Prevent Childhood Malnutrition Publication, 1991.
- Habicht JP, Da Vanzo J, Butz WP. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? *Am J Epid* 1986; 123:279-90.
- Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2:319-22.
- Goldberg HI, Rodrigues W, Thome AMT, Janowitz B, Morris L. Infant mortality and breast-feeding in north-eastern Brazil. *Pop Stud* 1984; 38:105-15.
- Feachem RG, Koblinski MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. *Bull WHO* 1984; 62:271-91.
- Gonçalves Sobrinho J. Estudo da associação entre aleitamento materno e ocorrência de morbidade. *J Pediatr (Rio J.)* 1982; 52:1331-33.
- Barros Filho AZ, Barbieri MA, Santoro JR. Influência da duração do aleitamento materno na morbidade de lactentes. *Bol Of Sanit Panam* 1985; 99:594-604.
- Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, et al. Infant feeding and death due to diarrhea: a case-control study. *Am J Epid* 1989; 129:1032-41.
- Brown KH, Black R, Romana GL, Kanashiro HC. Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989; 83:31-40.
- Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Fliieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990; 86:874-82.
- Victora CG, Fuchs SC, Kirkwood BR, Lombardi C, Barros FC. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. *WHO Bull* 1992; 70:467-75.
- Cunningham AS. Morbidity in breast-fed and artificially fed infants. II. *J Pediatr* 1979; 95:685-89.
- Chandra RK. Prospective studies of the effect of breast-feeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paediatr Scand* 1979; 68:691-94.
- Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey C. Protective effect of breast-feeding against infectin. *Br Med J* 1990; 300:11-16.
- Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD, Morgan WJ, Taussig LM. Breast-feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Br Med J* 1989; 299:946-49.
- Frank AL, Taber LH, Glezen WP, Kasel GL, Wells CR, Paredes A. Breast-feeding and respiratory virus infection. *Pediatrics* 1982; 70:239-45.

23. Forman MR, Graubard BI, Hoffman HJ, Beren R, Harley EE, Bennett P. The Pima infant feeding study: breast-feeding and respiratory infections during the first year of life. *Int J Epidemiol* 1984; 13:447-53.
24. Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT, Taylor B. Breast-feeding, gastrointestinal and lower respiratory illness in the first two years. *Aust Paediatr J* 1981; 17:191-95.
25. Chen Y, Yu S, Li W. Artificial feeding and hospitalization in the first 18 months of life. *Pediatrics* 1988; 81:58-62.
26. Lepage P, Munyakazi C, Hennart P. Breast-feeding and hospital mortality in children in Rwanda. *Lancet* 1981; 2:409-11.
27. Saarinen UM. Prolonged breast-feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71:567-71.
28. Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. *J Inf Dis* 1989; 160:83-94.
29. Clavano NR. Mode of feeding and its effect on infant mortality and morbidity. *J Trop Pediatr* 1982; 28:287-93.
30. Mata L, Allen MA, Jimenez P, et al. Promotion of breast-feeding, health, and growth among hospital-born neonates, and among infants of a rural area of Costa Rica. In: Chen LC, Scrimshaw NS, eds, *Diarrhea and malnutrition: interactions, mechanisms, and interventions*. New York: Plenum Press, 1983:177-202.
31. Marild S, Jodal ULF, Mangelus L. Medical histories of children with acute pyelonephritis compared with controls. *Ped Inf Dis J* 1989; 8:511-15.
32. Pisacane A, Graziano L, Mazzarella G, Scarpellino B, Zona G. Breast-feeding and urinary tract infection. *J Pediatr* 1992; 120:87-89.
33. Anderson JA, Weiss L, Rebeck JW, Cabal LA, Sweet LC. Hyperreactivity to cow's milk in an infant with LE and tart cell phenomenon. *J Pediatr* 1974; 84:59-67.
34. Greco L, Auricchio S, Mayer M, Grimaldi M. Case-control study on nutritional risk factors in celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988; 7:395-99.
35. Koletzko S, Sherman P, Corey M, Griffiths A, Smith C. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *Br Med J* 1989; 298:1617-18.
36. Whorwell PJ, Holdstock G, Whorwell GM, Wright R. Bottle feeding, early gastroenteritis and inflammatory bowel disease. *Br Med J* 1979; 1:382.
37. Mayer EJ, Hamman RF, Gay EC, et al. Reduced risk of IDDM among breastfed children. *Diabetes* 1988; 37:1625-32.
38. Davis MK, Savitz DA, Graubard BI. Infant feeding and childhood cancer. *Lancet* 1988; 2:365-8.
39. Gerrard JW, MacKenzie JWA, Goluboff N, Garson JZ, Maningas CS. Cow's milk allergy. *Acta Paediatr Scand* 1973; suppl 234:1-21.
40. Chandra RK, Puri S, Hamed A. Influence of maternal diet during lactation and use of formula feeds on development of atopic eczema in high-risk infants. *Br Med J* 1989; 299:228-30.
41. Lucas A, Brooke OG, Morley R, Cole JT, Bamford MF. Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: randomized prospective study. *Br Med J* 1990; 300:837-40.
42. American Academy of Pediatrics. Nutrition Committee of the Canadian Pediatric Society and the Committee on Nutrition of the American Academy of Pediatrics. Breast-feeding. *Pediatrics* 1978; 62:591-601.
43. Whitehead RG, Paul AA, Ahmed EA. Weaning practices in the United Kingdom and variations in anthropometric development. *Acta Paediatr Scand* 1986; 323(suppl):14-23.
44. Ahn CH, MacLean WC, Jr. Growth of the exclusively breastfed infant. *Am J Clin Nutr* 1980; 33:183-92.
45. Hitchcock NE, Gracey M, Owles EN. Growth of healthy breast-fed infants in the first six months. *Lancet* 1981; 2:64-65.
46. Wallgren A. Breast-milk consumption of healthy full-term infants. *Acta Paediatr* 1945; 32:778-90.
47. Barros Filho A, Barbieri MA, Santos JR. Crescimento de lactentes até 6 meses de idade alimentados com leite materno e com leite artificial. In: *Congresso Brasileiro de Pediatria, 27º*, Porto Alegre, 1991.
48. Murahovschi J. Curvas e tabelas de crescimento de lactentes brasileiros de zero a seis meses de idade aleitados exclusivamente com leite materno. *J Pediatr (Rio J.)* 1987; 63:153-75.
49. Lauber E, Reinhardt M. Studies on the quality of breast milk during 23 months of lactation in a rural community of the Ivory Coast. *Am J Clin Nutr* 1979; 32:1159-73.
50. Gopalan C. Protein intake of breast-fed poor Indian infants. *J Trop Pediatr* 1956; 2:89-92.
51. Pimentel VAPF, Joaquim MCMJ, Pimentel EF, Garcia DMM. El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida. *Bol Of Sanit Panam* 1991; 110:311-17.
52. Juez G, Diaz S, Casado E, Duran E, Salvatierra AM, Peralta O, Croxatto HB. Growth pattern of selected urban Chilean infants during exclusive breast-feeding. *Am J Clin Nutr* 1983; 38:462-68.
53. Seward JF, Serdula MK. Infant feeding and infant growth. *Pediatrics* 1984; 74(suppl):728-62.
54. Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B. Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *WHO Bull* 1989; 67:151-61.
55. Wright MGM, Oliveira JED. Is breast-feeding the solution to the infant nutrition problem in underdeveloped countries? *Child Care Dev* 1986; 12:359-68.
56. Freitas CL, Romani S, Amigo H. Breast-feeding and malnutrition in rural areas of northeast Brazil. *PAHO Bull* 1986; 20:139-46.
57. Sichert R, Moura AS. Estudo de fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no Centro de Saúde de Várzea Paulista. *J Pediatr (Rio J.)* 1983; 55:3236.
58. Launer LJ et al. Breast-feeding protects infants in Indonesia against illness and weight loss due to illness. *Am J Epidemiol* 1990; 133:322-31.
59. Brown KH, Stallings RY, Kanashiro HC, Lopes de Romãña GL, Black E. Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and other food during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. *Am J Clin Nutr* 1990; 52:1005-13.
60. Kardjati S, Kusin JA, De With C, et al. Feeding practices, nutritional status and mortality in pre-school children in rural East Java, Indonesia. *Trop Geogr Med* 1978; 30:359-71.
61. Rattigan S, Ghisalberti AV, Hartmann PE. Breast milk production in Australian women. *Br J Nutr* 1981; 45:243-9.
62. van Steenberg WM, Kusin JA, Voorhoeve AM, et al. Machakos project studies: agents affecting health of mother and child in a rural area of Kenya: IX. Food intake feeding habits and nutritional state of the Akamba infant and toddler. *Trop Geogr Med* 1978; 30:505-22.
63. Lauber E, Reinhardt MC. Prolonged lactation performance in a

- rural community of the Ivory Coast. *J Trop Pediatr* 1981; 27:74-7.
64. Victora CG, Vaughan JP, Martines JC, Barcelos LB. Is prolonged breast-feeding associated with malnutrition? *Am J Clin Nutr* 1984; 39:307-14.
 65. Brakohiapa LA, Yartney J, Bille A, Harrison E, Quansah E, Armar MA, Kishi K, Yanamoto S. Does prolonged breast-feeding adversely affect a child's nutritional status? *Lancet* 1988; 2:416-18.
 66. Briend A, Bari A. Breast-feeding improves survival, but not nutritional status of 12-35 months old children in rural Bangladesh. *Eur J Clin Nutr* 1989;43:603-08.
 67. Grummer-Strawn LM. Does prolonged breast-feeding impair child growth? A critical review. *Pediatrics* 1993;766-71.
 68. Young HB, Buckley AE, Hamza B, et al. Milk and lactation: some social and developmental correlates among 1,000 infants. *Pediatrics* 1982; 69:169-75.
 69. Martines JC. The interrelationships between feeding mode, malnutrition and diarrheal morbidity in early infancy among the urban poor in Southern Brazil (Tese). University of London, 1988; 115-21.
 70. UNICEF. The state of the world's children. Oxford: Oxford University Press, 1987.
 71. Family Health International. Breast-feeding as a family planning method. *Lancet* 1988; 2:1204-5.
 72. Brown RE. Breast-feeding and family planning: a review of the relationships between breast-feeding and family planning. *Am J Clin Nutr* 1982; 35:162-71.
 73. van Ginneken JK. Prolonged breast-feeding as a birth spacing method. *Stud Fam Plan* 1974; 5:201-06.
 74. Palloni A, Millman S. Effects of inter-birth intervals and breast-feeding on infant and early childhood mortality. *Pop Stud* 1986; 40:215-36.
 75. Tu P. The effects of breast-feeding and birth spacing on child survival in China. *Stud Fam Plann* 1989; 20:332-42.
 76. Hobcraft JN, McDonald JW, Rutstein SO. Demographic determinants of infant and early child mortality: a comparative analysis. *Pop Stud* 1985; 39:363-85.
 77. Wray J, Maine D. Family spacing. In: Grant JP (ed). *The State of the World's Children* 1984. Oxford: Oxford University Press, 1983:92-100.
 78. Rodgers B. Feeding in infancy and later ability and attainment: a longitudinal study. *Dev Med Child Neurol* 1978; 20:421-26.
 79. Ferguson DM, Beautrais AL, Silva PA. Breast-feeding and cognitive development in the first seven years of life. *Soc Sci Med* 1982; 16:1705-08.
 80. Morrow-Tlucak M, Haude RH, Ernhart CB. Breast-feeding and cognitive development in the first 2 years of life. *Soc Sci Med* 1988; 26:635-39.
 81. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breastmilk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992; 339:261-64.
 82. Procianoy RS, Bercini MA. Aleitamento materno e vínculo entre mãe e filho. *J Pediatr (Rio J.)* 1983; 54:1779.
 83. Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J. Lactation and breast cancer: evidence for a negative association in premenopausal women. *Am J Epid* 1985; 121:664-74.
 84. Schneider AP. Risk factor for ovarian cancer (letter). *N Eng J Med* 1987; 317:508-09.
 85. Lechtig A, Jelliffe DB, Tudisco ES, Mora G, Martins Filho J, Villar MH, Jelliffe P. Relatório do I Seminário Latino-Americano de Avaliação de Programas Nacionais de Aleitamento Materno. Brasília: INAM, 1985.
 86. Hollen BK. Attitudes and practices of physicians concerning breast-feeding and its management. *Env Child Health* 1976; 22:288-93.
 87. Giugliani ERJ, Lovel H, Ebrahim GJ. Attitudes practices and knowledge of health professionals on breast-feeding in Kingston, Jamaica. *J Trop Pediatr* 1988; 34: 169-73.
 88. Crowder Ds. Maternity nurses' knowledge of factors promoting successful breast-feeding. A survey at two hospitals. *JOGN Nurs* 1981; 10:28-30.
 89. Hayes B. Inconsistencies among nurses in breast-feeding knowledge and counselling. *JOGN Nurs* 1981; 10:430-33.
 90. Ellis DJ, Hewat RJ. Do nurses help or hinder mothers who breast-fed? *J Adv Nurs* 1983; 8:281-38.
 91. Popkin BM, Yamamoto ME, Griffin CC. Traditional and modern health professionals and breast feeding in the Philippines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3:765-76.
 92. Cavalcanti MFL. Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno (Tese). Universidade de São Paulo, 1982.
 93. Oliveira YP, Spring PM. Pesquisa do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. 2ª Parte: Entrevistas com profissionais de saúde e centros de saúde. *J Pediatr (Rio J.)* 1984; 57:93-96.
 94. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Brasília, 1991.
 95. Bissani C, Martin EB, Reobn RMK, Marramarco R, Xavier Filho EF. Amamentação e desmame: análise crítica. *Rev HCPA* 1987; 7:18-21.
 96. Giugliani ERJ, Issler RMS, Justo EB, Seffrin CF, Hartmann RM, Carvalho NM. Risk factors for early termination of breast-feeding in Brazil. *Acta Paediatr* 1992;81:484-87.
 97. Allen LH, Peltó GH. Research on determinants of breast-feeding duration: suggestions for biocultural studies. *Med Anthropol* 1985; 9:97-105.
 98. Gulick EE. Informational correlates of successful breast-feeding. *Maternal Child Nurs* 1982; 7:370-75.
 99. Lynch SA, Koch AM, Hislop G, Coldman AJ. Evaluating the effect of a breast-feeding consultant of the duration of breast-feeding. *Can J Publ Health* 1986; 77:190-95.
 100. Vinikoff B, Myers D, Laukaran VH, Stone R. Overcoming obstacle to breast-feeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. *Pediatrics* 1987; 80: 423-33.
 101. Auerback KG. The influence of lactation consultant contact on breast-feeding duration in a low-income population. *Neb Med J* 1985; 70:341-46.
 102. Kistin N, Benton D, Rao S, Sullivan M. Breast-feeding rates among black urban low-income: effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990; 86:741-46.
 103. Jenner S. The influence of additional information, advice and support on the success of breast-feeding in working class primiparas. *Child Care Health Develop* 1988; 14:319-28.
 104. Bulkhalter BR, Marin PS. A demonstration of increased exclusive breast-feeding in Chile. *Int J Gynec Obstet* 1991; 34:353-59.
 105. Perez A, Valdes V. Santiago breast-feeding promotion program: preliminary results of an intervention study. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:2039-44.
 106. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breast-

- feeding. Geneva: WHO, 1989.
107. Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics* 1984;74 (suppl):667-94.
 108. Victora CG, Huttly SR, Barros FC, Vaughan JP. Breast-feeding duration in consecutive offspring: a prospective study from southern Brazil. *Acta Paediatr* 1992;81:12-14.
 109. Berquó E, Spinderl CR, Réa MF, Cukier R. Caracterização e determinantes do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Grande Recife. São Paulo: Cebrap, 1984; 34 (Cadernos Cebrap n^o2).
 110. Jones RAK, Belsey EM. Breast-feeding in an inner London borough - A study of cultural factors. *Soc Sci Med* 1977; 11:175-79.
 111. Feinstein JM, Berkelhamer JE, Gruzka MF, Wong CA, Carey AE. Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. *Pediatrics* 1986;78:210-15.
 112. Valdecañas OC, Vicente LM, Valera J. Beliefs, attitudes and the practice of breast-feeding among some urban parturient mothers. *Phillipine J Nutr* 1981; 34:28-36.
 113. Carvalho M. Obstáculos ao aleitamento materno: fatos e mitos. *J Pediatr (Rio J.)* 1985; 59:403-14.
 114. Carvalho M, Robertson S, Friedman A, et al. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983; 72:307-11.
 115. Gussler J, Briesemeister L. The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. *Med Anthropol* 1980;4:145-74.
 116. Greiner T, Van Esterik P, Latham MC. The insufficient milk syndrome: an alternative explanation. *Med Anthropol* 1981; 5:233-60.
 117. Sjolín SV, Hofvander Y, Hillevik C. Factors related to early termination of breast-feeding: a retrospective study. *Acta Paediatr Scand* 1977;66:505-11.
 118. Morse JM, Harrison MJ, Prowse M. Minimal breast-feeding. *J Obstet Gynec Neonatal Nurs* 1986;15:333-38.
 119. Millard AV. The place of the clock in pediatric advice: rationales, cultural themes and impediments to breast-feeding. *Soc Sci Med* 1990;31:211-21.
 120. Lawrence RA. Management of the mother-infant nursing couple. In: *Breast-feeding. A guide for Medical Profession*. 3rd ed. St. Louis: C.V. Mosby Company, 1989: 172-219.
 121. Ardran GM, Kemp FH, Lind J. A cineradiographic study of breast-feeding. *BJ Radiol* 1958;31:156-62.
 122. Webwe F, Woolridge MW, Baum JD. An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 1986; 28:19-24.
 123. Smith WL, Enrenerg A, Nowak A. Imaging evaluation of the human nipple during breast-feeding. *Am J Dis Child* 1988; 142: 76-78.
 124. Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1986; 2:172-76.
 125. Helsing E, King FS. *Breast-feeding in practice. A manual for health workers*. Oxford: Oxford University Press, 1985.
 126. National Academy of Science. Subcommittee on Nutrition During Lactation. Meeting maternal nutrient needs during lactation. In: *Nutrition During Lactation*. Washington: National Academy Press, 1991: 213-35.
 127. Underwood BA, Hofvander Y. Appropriate timing for complementary feeding of the breast-fed infant. A review. *Acta Paediatr Scand* 1982; 294 (suppl):1-32.
 128. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994; 93:137-50.
 129. Giugliani ERG. Fármacos e amamentação. In: Fucks FD, Wannmacher L, eds. *Farmacologia Clínica. Fundamentos da Terapêutica Racional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992:598-605.
 130. McLorg PA, Bryant CA. Influence of social network members and health care professionals on infant feeding practices of economically disadvantaged mothers. *Med Anthropol* 1989;10:265-78.
 131. Mackey S, Fried PA. Infant breast bottle feeding practices: some related factors and attitudes. *Can J Publ Health* 1981;72:312-18.
 132. Yeung DL, Pennel MD, Leung M, Hall J. Breast-feeding: prevalence and influencing factors. *Can J Publ Health* 1981; 72:323-30.
 133. Rosseau EH, Lewscop JN, Fontaine S, Lambert J, Roy CC. Influence of cultural and environmental factors on breast-feeding. *Can Med Ass J* 1982; 127:701-04.
 134. Bryant CA. The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices. *Soc Sci Med* 1982; 16:1757-65.
 135. Baranowski T, Bee DE, Rassin DK, Richardson CJ, Brown JP, Guenter N, Nader PR. Social support, social influence, ethnicity and the breast-feeding decision. *Soc Sci Med* 1983;17: 1599-611.
 136. Giugliani ERJ, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Effect of breast-feeding from different sources on mothers' decisions to breast-feed. *J Hum Lact* 1994;10 (in press).
 137. Jones DA. The choice to breast feed or bottle feed and influences upon that choice: a survey of 1525 mothers. *Child Care Health Develop* 1987; 13:75-85.
 138. Issler H, Leone C, Quintal VS. Duração do aleitamento materno em uma área urbana em São Paulo, Brasil. *Bol Of Sanit Panam* 1989; 106:513-22.
 139. Freed GL, Fraley K, Schanler RJ. Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics* 1992;90:224-27.
 140. Giugliani ERJ, Bronner Y, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. Are fathers prepared to encourage their partners to breast-feed? A study about fathers' knowledge of breast-feeding. *Acta Paediatr* 1994 (in press).
 141. Issler RMS, Giugliani ERJ, Seffrin CF, Justo EB, Carvalho NM, Hartmann RM. Hábitos alimentares no primeiro ano de vida: estudo de uma coorte de crianças nascidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA* 1990;10:141-45.
 142. Van Esterik P, Greiner T. Breast-feeding and women's work: constraints and opportunities. *Stud Fam Plann* 1981;12:184-97.
 143. Anderson JE, Rodrigues W, Thome AMT. Breast-feeding and use of the health care system in Bahia State, Brazil: three multivariate analyses. *Stud Fam Plann* 1984;15:127-35.
 144. Orwells S, Murray J. Infant feeding and health in Ibadan. *J Trop Pediatr* 1974;20:206-19.
 145. Réa MF. The Brazilian national breast-feeding program: a success story. *Int J Gynecol Obstet* 1990;31:79-82.
 146. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Alimentação e



Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Concepção, evolução e perspectivas. Brasília, 1987 (mimeografado).

147. Saunders SE, Carrol J. Post-partum breast-feeding support: impact on duration. *J Am Diet Assoc* 1988;88:213-15.
148. Jones DA, West RR. Lactation nurse increases duration of breast-feeding. *Arch Dis Child* 1985;60:772-4.
149. Houston MJ, Howie PW, Cook A, McNeilly AS. Do breast-feeding mothers get the home support they need? *Health Bull* 1981; 39:166-72.

Endereço para correspondência:

Departamento de Pediatria e Puericultura, UFRGS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - 10º andar

90035-003 - Porto Alegre - RS

Telefone (051) 331 6699 Ramal 2243/2293 (hospital)

(051) 3360282 (residência)

Fax: (051) 3328324