



EDITORIAIS

A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria

*Breastfeeding and the use of human milk:
what the American Academy of Pediatrics recommends*

Marina Ferreira Rea*

A Academia Americana de Pediatria, órgão máximo dos pediatras dos Estados Unidos, veio a público mais uma vez para divulgar sua posição atual quanto a um assunto de interesse de todos os pediatras, qual seja, a amamentação e o uso do leite humano. Este pronunciamento era necessário frente ao acúmulo de conhecimentos recentes e à necessidade de dar aos pediatras americanos e de todo o mundo uma atualização e uma proposta política.

O Grupo de Trabalho sobre Aleitamento Materno, que funcionou entre 1996 e 1997, coordenado por Lawrence Gartner, teve a participação de conhecidos especialistas no tema, tais como Ruth Lawrence (da Universidade de Rochester, autora de "Breastfeeding: A Guide For The Medical Profession", 4ª edição, Ed. Mosby), Audrey Naylor (Presidente do Wellstart International, de San Diego, Curso de Especialização em Lactação Humana, criado em 1985), Marianne Neifert, Richard Schanler, entre outros; além destes, também endossam as posições do Grupo representantes dos Comitês de Nutrição e Saúde Comunitária da AAP e do Colégio Americano de Obstetrícia/Ginecologia.

O documento reúne bases científicas sobre o tema, com 111 referências bibliográficas, 72 delas desta década, trazendo desde o interesse histórico da Academia no assunto, a necessidade de abordar o problema, que problema é este - até o que os americanos recomendam como prática de amamentar (resumido em 8 pontos) e qual o papel dos pediatras (resumido em 12 pontos). Nas "conclusões" faz um apelo aos pediatras para que apoiem e se envolvam com as formas adequadas de praticar a amamentação, e que não se deixem confundir pelo que denominam "pressões econômicas, culturais e políticas" que existem sobre alimentação infantil.

É importante enfatizar os diversos estudos epidemiológicos citados, que mostram as vantagens da amamentação e do leite humano para a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança. Feitos em diferentes realidades socio-culturais, eles confirmam, do Canadá às Filipinas, da Escócia ao Peru, a menor incidência ou gravidade de doenças como diarreias, bacteremia, meningite bacteriana, infecções respiratórias, otite média, botulismo, infecção urinária, enterocolite necrotizante, assim como o possível efeito protetor do leite humano contra síndrome da morte súbita, *diabetes mellitus* insulino dependente, doença de Crohn, linfoma, retocolite ulcerativa, doenças alérgicas (ectopia, chiado) e outras doenças digestivas crônicas.

Preocupados em reunir aspectos protetores relacionados à morbidade, de interesse dos pediatras que atuam em um país como os EEUU, onde as mortes infantis por doenças infecciosas estão controladas, os autores deixam de mencionar os importantes estudos de Victora e colaboradores¹, que mostraram que a criança de 0-1 ano apresenta risco 14 vezes maior de morrer por diarreia quando alimentada por fórmula infantil, quando comparada àquela exclusivamente amamentada. Além deste trabalho, vale mencionar a revisão de 1985², que também analisou diversos trabalhos que apontam na mesma direção. Esta revisão e o trabalho de Victora levaram a OMS a incluir a promoção do aleitamento materno como parte das atividades propostas para o controle da diarreia³. Se esta já não é mais uma doença prevalente nesta década como o era nas décadas anteriores no Brasil, mesmo assim, há diferenças regionais importantes, pois, no último inquérito nacional, esta doença continuava bastante presente na faixa etária de 6-24 meses e, do total de crianças que tiveram diarreia, aproximadamente 47% residiam no Nordeste⁴.

O texto destaca os benefícios da amamentação para a mulher (maior involução uterina pós-parto, menos anemia, menos câncer de mama pré-menopausa, menos câncer de

* Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde / SES / SP.
Consultora da O.M.S. (Membro da Rede IBFAN).

ovário, etc.). Lembra, também, as possíveis e raras necessidades de se contra-indicar a amamentação (crianças com galactosemia, mãe com tuberculose ativa não tratada, usuárias de algumas drogas). Além do texto citado no documento, destaque-se uma publicação recente da OMS sobre drogas seguras e contra-indicadas na lactação, desejável em todo consultório pediátrico⁵.

Com relação a metas a serem alcançadas quanto à melhoria das práticas de amamentar, temos que olhar o documento com visão diferente: enquanto nos EEUU o melhor indicador dessa prática é a proporção de mães/bebês que tem alta da maternidade amamentando (esperam chegar a 75% até o ano 2000), no Brasil, como nos demais países em desenvolvimento, a imensa maioria das crianças (96,4%) saem amamentadas da maternidade⁴. Assim, a meta e o indicador mais adequados que devemos utilizar é a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo entre 0-4 meses de vida. Neste período, a OMS recomenda que 100% das crianças sejam amamentadas exclusivamente⁶, e no Brasil esta prática está em torno de 40%⁴. Apesar dos programas existentes pró-amamentação, temos ainda muito a fazer nesta área, especialmente quanto a não recomendar o uso de água e chá nos intervalos de mamadas, nem a introdução precoce de sucos, frutas, etc, que faziam parte de nossas orientações nas décadas de 60-70.

Entre as 8 práticas de amamentação recomendadas, todas são embasadas cientificamente e merecem ser contempladas na prática pediátrica brasileira: 1- Leite humano é o alimento de preferência sempre, mesmo para RN prematuros e de baixo peso; 2- A amamentação deve começar tão cedo quanto possível; procedimentos com o RN em sala de parto que possam interferir nessa prática devem ser evitados.; 3- A amamentação deve ser à demanda.; 4- Nenhum suplemento é necessário a bebês amamentados, exceto se há indicação clínica.; 5- Todos os lactentes devem ser vistos depois da alta hospitalar na primeira semana e com um mês de vida.; 6- O aleitamento materno exclusivo é nutricional e suficiente até cerca de 6 meses de vida e a partir do 6º mês deve-se introduzir gradualmente alimentos semi-sólidos ricos em ferro, com o aleitamento sendo recomendado até 12 meses, ou por quanto for desejado pelo par mãe/criança. (Lembrar que diferentemente da AAP, a OMS e o UNICEF recomendam a continuidade do aleitamento materno “até dois anos de idade ou mais”⁶); 7- Não há necessidade de água⁷ nem suco ou outros alimentos a bebês amamentados; ferro e vitamina D podem ser necessários após o 6º mês; e 8- Em caso de internação, mãe e filho não devem ser separados.

A partir disso, o documento destaca alguns papéis importantes que o pediatra pode ter na proteção e promoção de políticas que levem a colocar tais recomendações em prática. Entretanto, mais do que “proteger”, ou seja, implementar políticas que levem a um ambiente propício a amamentar (implementar as leis trabalhistas, rotinas hospitalares pro-amamentação, etc.), e “promover” a amamentação, ou seja, colocar o tema na agenda dos meios de comunicação de massa e como parte normal da vida da família e da sociedade, faltou destacar o papel do pediatra em “apoiar” a amamen-

tação (aspectos que são mais ou menos arrolados, mas sem explicitar que fazem parte deste tipo de atividade, ou seja, conhecer, prevenir e tratar os problemas mais comuns da lactação - fissuras, engurgitamento, bebê que ganha pouco peso, etc.). Desde 1989, a OMS e o UNICEF têm insistido no conjunto de atividades programáticas que são importantes para a implementação da amamentação, reunidos no documento “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno...”⁸, que foi uma sistematização recente a que se chegou depois de anos de atividades pro-aleitamento e avaliações; de maneira geral, essas atividades estão bem resumidas nos “10 passos para o sucesso do aleitamento materno”, que dão base à Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Quanto à “proteção” da prática de amamentar, importante acrescentar o papel do pediatra no controle das práticas não éticas de *marketing* de substitutos do leite materno, mamadeiras e chupetas, que tanto internacionalmente como em nosso país estão regulamentadas através de um código de conduta^{9,10}.

Um aspecto controverso que vale a pena destacar é quanto à recomendação sobre o uso de bombas elétricas para a extração de leite humano: os autores chegam a sugerir que façam parte dos seguros-saúde. De fato, esta é uma realidade bastante americana, endossada não só pelos profissionais, mas também pelos grupos de mães como La Leche League Internacional, nos EEUU. Grupos brasileiros que atuam no manejo clínico da lactação há muitos anos (Centro de Lactação de Santos, IMIP-Recife, MEAC-Fortaleza, Enfermagem -Ribeirão Preto, entre outros) recomendam, fundamentalmente, a ordenha manual das mamas, chegando a referir maior presença de fissuras mamilares com o uso de bombas mecânicas ou elétricas. De fato, são raros os trabalhos científicos que referendem um ou outro método, e tendemos a aceitar o que a experiência prática tem recomendado em nosso meio.

Finalmente, uma palavra quanto à alimentação de filhos de mães HIV positivas: como sabemos, este é um tema em constante evolução, onde novos conhecimentos aparecem a cada semana. As referências aqui citadas pela Academia são de 1985, 1992 e 1995, que davam destaque à importância do aleitamento materno, mas recomendavam que se a mãe pudesse utilizar a fórmula infantil, esta deveria ser o alimento de escolha. As recomendações da reunião técnica da OMS/UNICEF/UNAIDS de 20-22/04/1998 ainda não estão disponíveis oficialmente; entretanto, sabemos que elas tratam de enfatizar a importância de se manter a amamentação como método de escolha da alimentação do lactente até 2 anos de vida ou mais para a maioria da população, reservando-se a indicação de outro alimento de substituição aos filhos de mães HIV+ como uma escolha informada destas mães.

O documento da Academia Americana de Pediatria representa hoje um avanço nas práticas pediátricas no sentido de garantir conhecimento atualizado e propostas de condutas condizentes com estes conhecimentos.

Referências bibliográficas

1. Victora CG & cols. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *The Lancet* 1987; 2:319-322.
2. Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoea diseases among young children: promotion of breastfeeding. *Bulletin of the WHO* 1984; 62:271-291.
3. de Zoysa I, Rea M, Martines, J. Por que promover a amamentação nos programas de controle de diarreia? *Rev Nutr PUC-CAMP* 1995; 8:101-124.
4. BEMFAM/DHS. Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Março, 1997.
5. WHO/UNICEF. Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the 8th WHO Model List of Essential Drugs. *Publ.WHO/CDR*, 1995.
6. WHO. Diarrhoea Diseases Control Programme. CDD Update nº 9, Aug. 1991. WHO, Geneva.
7. Martines JC, Rea MF, de Zoysa I. Breastfeeding in the first 6 months: no need for extra fluids. *Brit Med J* 1993; 304: 1068-69.
8. OMS. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra, 1989.
9. WHO. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, Geneva, 1981.
10. INAN/ Ministério da Saúde. Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes. Brasília, 1988. Revista como Resolução do CNS/31/92 de 12/10/1992.

Reanimação cardiopulmonar - um desafio contra a morte prematura***Cardiopulmonar Resuscitation - a challenge to premature death*****Paulo R. Antonacci Carvalho***

Ainda que a parada cardíaca seja o evento final comum a todos os seres humanos, a sua aceitação pode significar a diferença entre a morte clínica e a morte biológica do indivíduo. A partir da segunda metade deste século, a Medicina tem se posicionado em relação à parada cardiorrespiratória (PCR) não mais como um evento irreversível e irrecuperável, mas como um entre vários acontecimentos no processo histórico clínico de cada indivíduo. Hoje, aceita-se que um mesmo indivíduo possa ter mais de uma PCR na sua vida.

Daí, a necessidade de entender a PCR apenas como determinante da morte clínica. Em geral, a PCR é a cessação súbita e inesperada da circulação e/ou da ventilação efetivas. Quando ela ocorre como um desfecho previsto, resultante de evolução natural, a terminologia utilizada poderia ser PCR "esperada" ou "programada", determinante de morte biológica.

A epidemiologia da PCR de crianças é diferente daquela dos adultos. A PCR súbita e primária na criança é muito rara. E a fibrilação ventricular, predominante nos adultos, ocorre em menos de 10% das crianças com PCR, sendo mais comum entre aquelas portadoras de cardiopatias congênitas. Em geral, as disfunções respiratória e circulatória, resultantes de inúmeras doenças ou injúrias físicas, levam à insuficiência cardiopulmonar com hipoxemia progressiva e acidose, o que culmina na PCR em assistolia^{1,2}. Frente a essa

realidade, deduz-se por que os resultados da reanimação cardiopulmonar (RCP) em crianças são pouco animadores quando ela sofre uma PCR secundária. Possivelmente, pelo importante sofrimento da célula miocárdica decorrente da hipóxia e acidose prolongadas.

Os dados relativos à efetividade da RCP pediátrica, em geral, são difíceis de interpretar porque os resultados das PCR não são discriminados por local de ocorrência. Crianças que chegam em PCR nas emergências têm baixa sobrevida (0 a 23%) e grande morbidade neurológica³. Por outro lado, as taxas de sobrevivência superam os 50% nas PCR que ocorrem dentro do hospital, possivelmente pelo reconhecimento precoce e a pronta reanimação⁴. Isso somente não é verdadeiro se ocorrer negligência, mau julgamento ou terapia inadequada em paciente com disfunção respiratória².

A reanimação (ou ressuscitação) cardiopulmonar surgiu em decorrência desse processo de não aceitação da PCR prematura como evento final. Constitui-se na aplicação de medidas mecânicas e farmacológicas com vistas à preservação da função celular dos órgãos vitais e ao retorno da circulação espontânea⁵. Assim, o grande objetivo da RCP é o de reverter a morte clínica do indivíduo.

Os esforços da RCP começaram no início dos anos 60, com a introdução ou a redescoberta das modernas técnicas de RCP. Eram todos voltados para a recuperação de pacientes adultos vítimas de colapso cardiocirculatório e parada cardíaca¹. Em 1966, uma conferência sobre PCR da *National Academy of Sciences - National Research Council*, dos EUA, recomendou o treinamento de pessoal médico e de

Veja artigo relacionado na página 175

* Professor Adjunto do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da UFRGS. Coordenador do Programa de Reanimação Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria.