Organização Pan-Americana da Saúde

Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

110 1902 - 2012

Semana Mundial do Aleitamento Materno 2012

Entendendo o passado – planejando o futuro

Comemoração dos 10 anos da Estratégia Global da OMS/UNICEF para Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância

Introdução

O 10o aniversário da Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância é uma oportunidade para avaliar o progresso da implantação desta estratégia pelos Estados Membros da OMS na América Latina. Também proporciona uma oportunidade para examinar as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nos países. Este informe analisa os efeitos das políticas e programas para as práticas de aleitamento materno e revela que a implantação da Estratégia Global está associada a tendências positivas no aleitamento materno exclusivo nos últimos 10 a 20 anos. **Os resultados são claros: investir na proteção, promoção e apoio do aleitamento materno com a implantação da Estratégia Global pode melhorar os níveis de aleitamento materno exclusivo!**

Adotada pela Assembléia Mundial da Saúde e o Conselho Executivo do UNICEF em 2002, a Estratégia Global reconheceu que *"a desnutrição tem sido responsável direta ou indireta por 60% dos 10,9 milhões de mortes todos os anos em crianças menores de 5 anos. Mais de dois terços destas mortes, que frequentemente estão associadas a práticas de alimentação inadequada, ocorrem no primeiro ano de vida. Em todo o mundo, 35% ou menos dos lactentes recebem aleitamento materno exclusivo nos quatro primeiros meses de vida; a alimentação complementar em geral é introduzida cedo ou tarde demais e os alimentos são em geral inadequados do ponto de vista nutricional ou sem segurança. As crianças desnutridas que sobrevivem adoecem com maior frequência e sofrem as consequências permanentes do prejuízo ao desenvolvimento. Como práticas de alimentação inadequada são uma grande ameaça ao desenvolvimento socioeconômico, elas constituem um enorme entrave à saúde e manutenção da saúde nesta faixa etária."* (1)

Para resolver estes problemas, a Estratégia Global estabeleceu nove metas operacionais relacionadas com o aleitamento materno e alimentação complementar. As quatro primeiras metas reforçam a relevância das metas operacionais da Declaração de Innocenti sobre Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno[1]:

- Nomear um coordenador nacional para aleitamento materno e instituir um comitê nacional multissetorial de aleitamento materno.
- Assegurar que todos os serviços de maternidade executem por completo os "dez passos à amamentação com êxito".
- Reforçar os princípios e objetivo do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as respectivas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde (Código).
- Sancionar legislação para proteger os direitos de amamentação das mulheres que trabalham

As outras cinco metas contemplam de modo mais amplo o aleitamento materno, alimentação complementar e alimentação em circunstâncias difíceis como durante emergências ou no contexto do HIV/aids.

- Elaborar, implantar, monitorar e avaliar uma política ampla sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância.
- Assegurar que a saúde e outros setores relacionados protejam, promovam e apoiem o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e amamentação continuada até os 2 anos de vida ou mais.
- Promover a alimentação complementar adequada, segura, oportuna e própria com a amamentação continuada.

[1] Na reunião em Florença, Itália, em julho de 1990, responsáveis pela formulação de políticas dos governos de mais de 30 países aprovaram a Declaração de Innocenti . A 44a Assembleia Mundial da Saúde, em 1991, recebeu com satisfação a Declaração "como base para política e ação de saúde internacional" e solicitou que o Diretor-geral monitorasse o cumprimento das suas metas (Resolução WHA44.33).

- Dar orientação sobre a alimentação de lactentes e crianças na primeira infância em circunstâncias excepcionalmente difíceis.
- Considerar nova legislação ou outras medidas para levar a efeito os princípios e objetivo do Código.

Avaliação de progresso de implantação

Para avaliar o progresso da implantação da Estratégia Global, a OMS criou uma ferramenta para avaliação das práticas, políticas e programas nacionais em apoio à alimentação de lactentes e crianças na primeira infância (2). Esta ferramenta tem o intuito de auxiliar os usuários a avaliar os pontos fracos e fortes das políticas e programas para proteger, promover e apoiar práticas de alimentação ideais no ambiente local e determinar onde são necessárias melhorias para atingir os objetivos e as metas da Estratégia Global. Inspirado por esta ferramenta, a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN) da Ásia elaborou a Iniciativa Mundial de Avaliação das Tendências do Aleitamento Materno (WBT*i*) para acompanhar, avaliar e monitorar as práticas, políticas e programas de alimentação de lactentes e crianças na primeira infância em todo o mundo em defesa do aleitamento materno e alimentação complementar (3, 4). A WBT*i* se concentra em uma série de 15 indicadores. Os 10 primeiros abordam o ambiente geral de alimentação de lactentes e crianças na primeira infância, enfocando em grande parte o ambiente de aleitamento materno. Os cinco restantes contemplam as práticas de alimentação de lactentes e crianças na primeira infância (quadro). Para cada indicador, é definida uma lista de critérios principais e um subgrupo de perguntas a ser considerado ao avaliar o progresso de implantação e designar uma pontuação. A pontuação máxima para cada indicador é 10, com uma pontuação total possível de 150, sendo 100 pontos para os indicadores relacionados ao ambiente em geral de alimentação de lactentes e crianças na primeira infância e 50 para os indicadores relacionados com as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar.

Até o momento, a WBT*i* tem sido executada em 12 países da América Latina: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, Guatemala, México, Nicarágua, Peru e Uruguai. (Para os relatórios completos acesse *www.ibfan-alc.org/WBTi/index.html*) A pontuação da WBT*i* ajustada com base nos 10 indicadores relacionados a políticas e programas vai de 31 a 76 (tabela 1). Nestes 12 países, observam-se as menores pontuações médias nos indicadores de alimentação e HIV (3,6) e alimentação durante emergências (1,6). As três maiores pontuações médias são para o Código (7,8), políticas e programas (6,3) e apoio dos sistemas de saúde (6,1) (figura 1).

Em escala mundial, ao todo, 40 países executaram a WBT*i*. Entre estes, 25 também têm dados representativos em nível nacional sobre as tendências do aleitamento materno exclusivo e duração

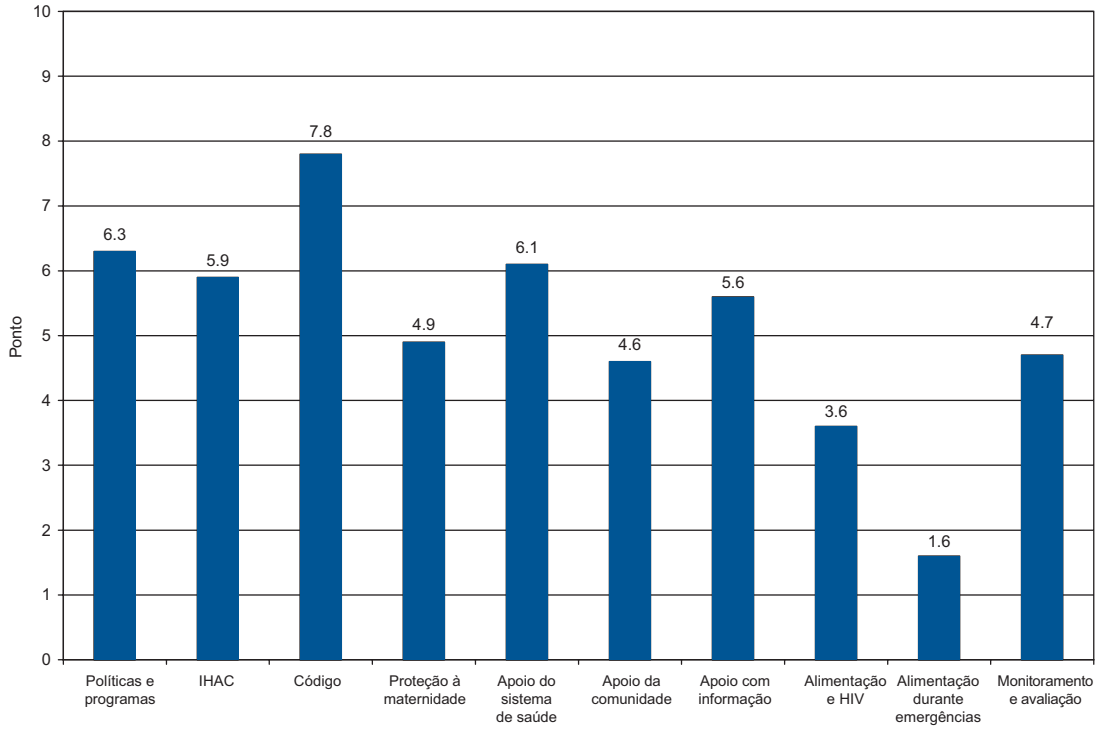
Quadro. Indicadores da Iniciativa Mundial de Avaliação das Tendências do Aleitamento Materno (WBT*i*)

1. Política, programa e coordenação nacional
2. Iniciativa Hospital Amigo da Criança (dez passos para o aleitamento materno com êxito)
3. Implantação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno
4. Proteção à maternidade
5. Sistema de atenção à saúde e à nutrição (em apoio ao aleitamento materno e alimentação de lactentes e crianças na primeira infância)
6. Apoio de mães e apoio das comunidades à gestante e lactante
7. Apoio com informação
8. Alimentação do lactente e HIV
9. Alimentação do lactente durante emergências
10. Mecanismos de monitoramento e sistemas de avaliação
11. Porcentagem de bebês amamentados na primeira hora após o nascimento
12. Porcentagem de bebês com menos de 6 meses amamentados exclusivamente nas últimas 24 horas
13. Bebês amamentados por uma duração mediana de meses
14. Porcentagem de bebês amamentados com menos de 6 meses que recebem outros alimentos ou bebidas por mamadeira
15. Porcentagem de bebês amamentados que recebem alimentos complementares aos 6–9 meses de idade

Cuadro 1. Indicadores de políticas e programas da Iniciativa Mundial sobre Tendências do Aleitamento Materno (WBT*i*)

País	Indicador										Puntuación ajustada (1-10)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Políticas e programas	IAHN	Código	Protecão da materni-dade	Apoio dos sistemas de saude	Apoio comunitario	Apoio infor-mativo	Alimentação e infecção por HIV	Alimentação durante as emergencias	Seguimento e evaluação	
Argentina	4	6,5	8	4	7,5	4	8	2	3	4	51,0
Bolivia	10	4	8	3	6	6	4	1,5	0	9	51,5
Brasil	9	2,5	10	7,5	5	1	8	5	0	5	53,0
Colombia	5,5	5,5	7	4	9,5	5	8	3,5	0	2	50,0
Costa Rica	10	7,5	10	9	6,5	9	9	4	4	7	76,0
República Dominicana	3	6,5	10	2,5	5	3	3	2,5	0	2	37,5
Ecuador	5	6,5	7	6	5	4	5	3	2	4	47,5
Guatemala	7	5	8	3	4	3	6	2,5	1	6	45,5
Mexico	2	5	7	3,5	5	4	1	3,5	0	0	31,0
Nicaragua	9	8,8	7	7	9	8	8	5,5	7	6	75,0
Perú	5	6	8	4,5	4,5	2	2	3,5	2	5	42,5
Uruguay	6,5	7,5	4	5	6	6	5	6,5	0	6	52,5

Figura 1. Pontuação de cada indicador da Iniciativa Mundial de Avaliação das Tendências do Aleitamento Materno (WBT*i*) em 12 países latino-americanos, 2008–2010



da amamentação em um período de 10 a 20 anos, incluindo oito países na África, sete na Ásia, nove na América Latina (Bolívia, Brasil, Colômbia, República Dominicana, Equador, Guatemala, México, Nicarágua e Peru) e um no Oriente Médio.

Avaliação de mudanças globais nas práticas de aleitamento materno

Os dados desses 25 países indicam que, embora a duração do aleitamento materno na primeira pesquisa explique em grande parte a duração do aleitamento na última pesquisa (figura 2), há algumas exceções a se destacar. Uma delas é o Brasil, onde a duração mediana do aleitamento materno aumentou de 5,2 meses, em 1986, para 14 meses, em 2006. Durante este mesmo período, o aleitamento materno exclusivo aumentou de 2,5% para 38,6%. Este aumento notável coincide com novas políticas e programas implementados no período (figura 3). Outro exemplo que merece destaque é a Colômbia, onde duração de aleitamento materno aumentou de 8,5 a 14,9 me-

Figura 2. Correlação entre duração do aleitamento materno (meses) na primeira e na última pesquisa

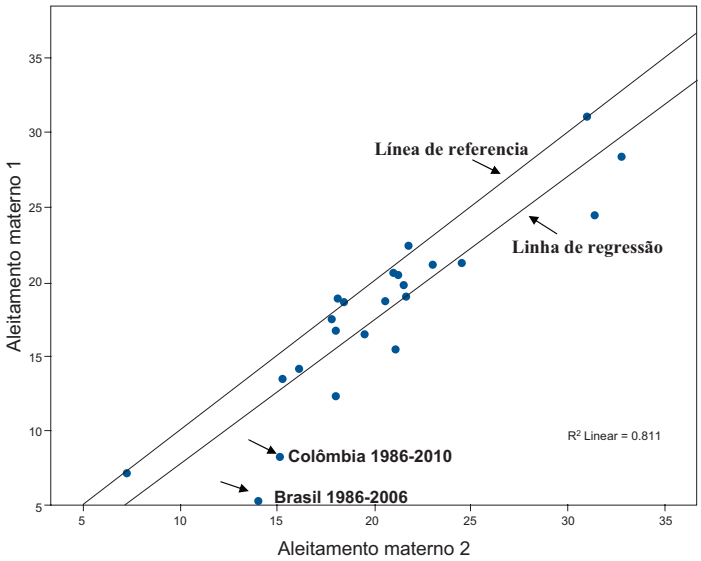
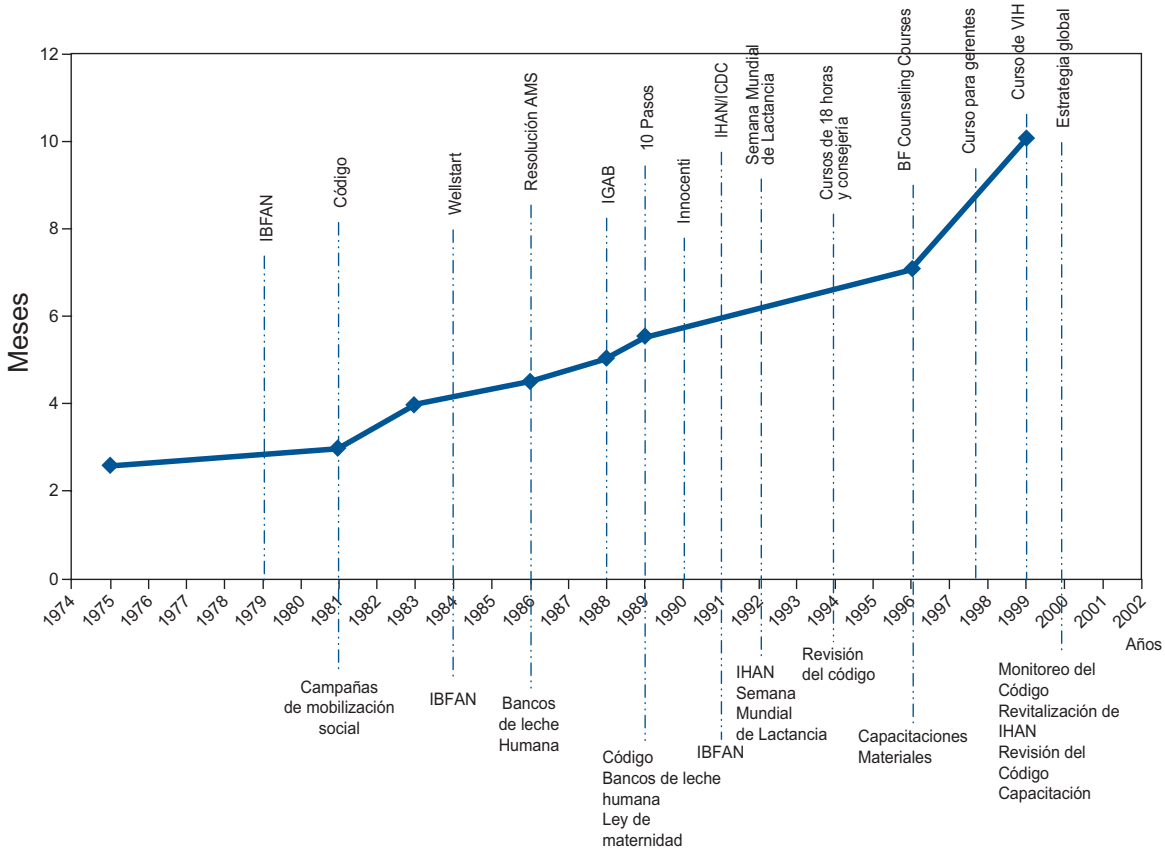


Figura 3. Duração mediana do aleitamento materno (meses) e atividades globais e nacionais de aleitamento materno: Brasil 1974–2002[3]



[3] Rea MF. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached 10 months' breastfeeding duration. Cad Saúde Pública. 2003;19 Suppl 1:S37-45.

ses entre 1986 e 2010, e o aleitamento materno exclusivo aumentou de 15,4% a 46,8%.

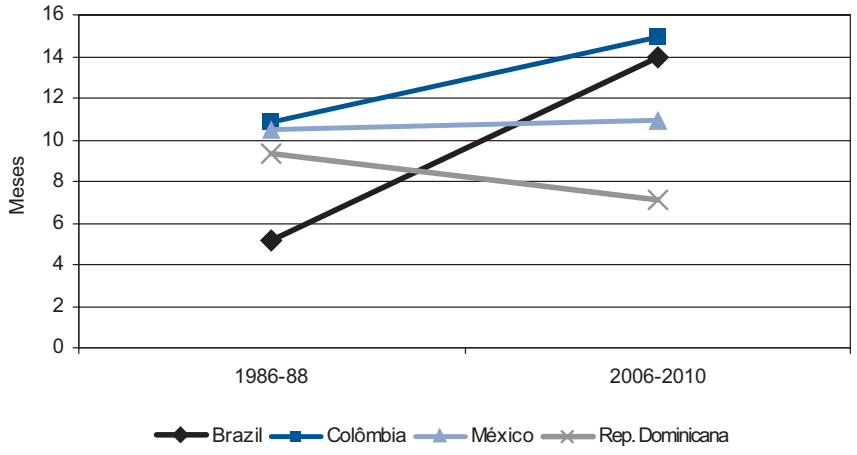
O avanço nas práticas de aleitamento materno no Brasil e Colômbia contrasta de forma acentuada com o pouco progresso ocorrido em vários outros países da América Latina em um período semelhante, (figura 4). Na República Dominicana, o aleitamento materno exclusivo aumentou somente 0,7%, de 7% para 7,8% em um período de 16 anos. Durante o mesmo período, houve redução da duração do aleitamento materno de 9,3 para 7,1 meses. No México, o aleitamento exclusivo caiu 6,6%, de 28,8% em 1987–1988 a 22,3% em 2006, e a duração da amamentação teve um aumento discreto, de 9,5 a 10,4 meses, no mesmo período. Contudo, as grandes conquistas observadas em diversos outros países são notáveis dado o aumento concorrente da urbanização, educação das mulheres e emprego, que tradicionalmente se associam a menos amamentação (5).

Contrastando com a forte correlação entre a duração inicial e tardia do aleitamento materno, existe apenas uma fraca correlação (0,09) entre o aleitamento materno exclusivo inicial e tardio (figura 5). Isto sugere que, entre a primeira e a última pesquisa, houve mudanças nos fatores sociais ou culturais e/ou em políticas e programas que resultaram em mudanças nas práticas de aleitamento exclusivo. Uma possível explicação é que as políticas e programas se concentraram no aleitamento exclusivo, que é priorizado pelas autoridades de saúde pública nos esforços de promoção devido ao seu enorme efeito na morbidade e mortalidade infantis (6).

Avaliação da relação entre implantação da Estratégia Global e mudanças globais nas práticas de aleitamento materno

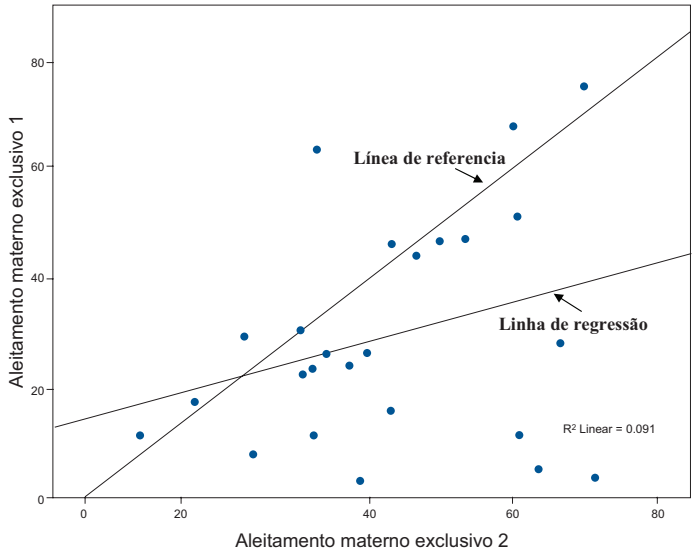
Uma análise de regressão usando-se uma pontuação ajustada da WBT*i*, com a soma dos oito primeiros indicadores, demonstra que a prática atual de aleitamento materno exclusivo está significativamente associada ao aleitamento materno exclusivo inicial . Ela também está significativamente associada à pontuação ajustada da WBT*i* usando um valor de t unicaudal, mas não a outros fatores normalmente associados ao aleitamento materno exclusivo, como local de residência, emprego materno remunerado, nível de escolaridade materno ou produto interno bruto (PIB) per capita baseado na paridade do poder de compra (tabela 2) (7). A análise demonstra que, para cada alteração de 10 pontos na pontuação da WBT*i*, seria esperado um aumento de 6% no aleitamento materno exclusivo. É importante observar que, como os dados são observacionais, a análise reflete somente uma associação entre as tendências em aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno medidas pela WBT*i*. Além disso, existem dados sobre as tendências de aleitamento materno exclusivo e WBT*i* somente para um número limitado de países, apesar de estarem distribuídos de forma bem homogênea entre África, Ásia e América Latina. Mas, embora tenham sido publicados vários estudos de casos de países, esta é a primeira avaliação quantitativa da relação entre políticas e programas em prol do aleitamento materno e mudanças nas práticas de aleitamento materno. Reforçada por estudos de casos (8), esta análise indica que pode existir uma associação causal entre promoção do aleitamento materno e boas práticas de aleitamento materno exclusivo.

Figura 4. Mudanças na duração do aleitamento materno (meses) no Brasil, Colômbia, México e República Dominicana



[2] Se utilizaron los ocho primeros indicadores de la WBT*i* debido a la puesta en práctica de los dos últimos —la alimentación del lactante y la infección por el VIH y la alimentación del lactante en situaciones de emergencia—, que no contribuyeron al cambio previsto en la lactancia materna exclusiva.

Figura 5. Correlação entre duração do aleitamento materno exclusivo (%) na primeira e última pesquisa



Os fatores que contribuem para políticas e programas de promoção do aleitamento materno de sucesso estão bem documentados. Entre eles, estão a implantação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), instrução e treinamento, promoção e apoio na comunidade, legislação relacionada aos direitos de maternidade e apoio nos locais de trabalho, comunicação e apoio à alimentação do lactente em circunstâncias difíceis e defesa da causa (8).

Práticas atuais de aleitamento materno e alimentação complementar

A pesar de las considerables mejoras en las prácticas de lactancia Apesar do progresso significativo nas práticas de aleitamento materno em muitos países da América Latina e Caribe, existe ainda uma ampla lacuna separando as práticas atuais das recomendações aceitas para o aleitamento materno (tabela 3). Apesar de poder ser evitado cerca de um quinto das mortes neonatais com o início precoce (9), somente em oito dos 14 países que dispõem de dados 50% ou mais dos recém-nascidos são colocados para mamar no peito uma hora depois de nascer. Embora a OMS recomende o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, somente em cinco de 19 países este prática é seguida em mais da metade dos lactentes. Poucos países fazem o acompanhamento da alimentação por mamadeira e, onde este acompanhamento é feito, verificou-se que a maioria das crianças menores de 2 anos recebeu mamadeira no dia precedente.

Em geral, bem menos atenção tem sido dada à alimentação complementar que ao aleitamento materno. Embora somente cinco países na Região (Bolívia, Colômbia, República Dominicana, Haiti, Honduras e Peru) tenham dados sobre os novos indicadores da OMS/UNICEF para avaliação das práticas de alimentação de lactentes e crianças na primeira infância, verifica-se que existe uma enorme lacuna entre o que é recomendado e o que é efetivamente praticado (10, 11) (figura 7). Embora a maioria das crianças tenha recebido alimentos pastosos, semi-sólidos e sólidos entre a idade de 6,0 e 8,9 meses, o mesmo não ocorreu em 18% em média. A diversidade mínima da dieta, definida como a proporção de crianças com 6.0 a 24 meses de idade que receberam alimentos de quatro ou mais grupos alimentares no dia precedente, variou de 28% no Haiti a 81% no Peru. A frequência mínima de refeições, definida como duas ou mais refeições para lactentes amamentados com 6,0 a 8,9 meses e três ou mais refeições para crianças amamentadas de 9,0 a 23,9 meses de idade ou quatro refeições ou mais para crianças não amamentadas 6,0 a 23,9 meses de idade, variou de 46% no Haiti a 78% no Peru. Por fim, a dieta mínima aceitável para crianças amamentadas, definida como a proporção de crianças com 6,0 a 23,9 meses de idade que receberam pelo menos a diversidade mínima da deita e a frequência mínima de refeições no dia precedente variou de apenas 16% no Haiti a 66% no Peru.

Tabela 2. Preditores de prática atual de aleitamento materno exclusivo com base no aleitamento materno exclusivo inicial

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Significância
	B	Erro padrão	Beta	t	
(Constante)	-15,035	31,173		-0,430	0,673
Aleitamento materno exclusivo inicial (%)	0,615	0,260	0,725	2,366	0,029
WBT*i* ajustado (1-8)	0,973	0,525	0,595	1,853	0,080*
Local de residência (urbana, rural)	0,15	0,321	0,019	0,048	0,962
Ocupação materna remunerada (sim, não)	-0,335	0,196	-0,454	-1,713	0,104
Nível de escolaridade materno (% com nível secundário)	-0,034	0,205	0,038	-0,168	0,869
Produto interno bruto per capita baseado na paridade do poder de compra ($)	0,002	0,002	-0,444	0,973	0,344

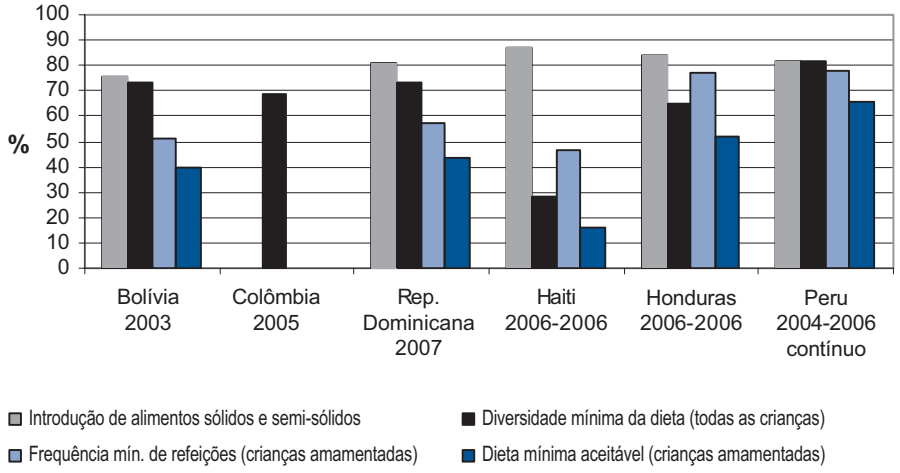
Variável dependente: prática atual de aleitamento materno exclusivo; r2 = 0,34; r2 ajustado = 0,12
* Teste t unicaudal <0,05

Tabela 3. Práticas de aleitamento materno e alimentação complementar na América Latina e no Caribe

País	Indicador				
	1	2	3	4	5
	Início precoce (%)	Aleitamento materno exclusivo <6 meses (%)	Duração do aleitamento materno (meses)	Alimentação por mamadeira <23 meses (%)	Alimentação complementar 6–8 meses (%)[1]
Argentina, 2010	NA[2]	55	NA	NA	NA
Bolivia, 2008	63,8	60,4	18,8	35,3	75,4 (2003)
Brasil, 2006	42,9	38,6	14,0	58,3	NA
Chile, 2008-10	NA	43,5	NA	NA	NA
Colômbia, 2010	56,6	42,8	14,9	40,4	NA
Costa Rica, 2006-08	NA	53,1	14,0	86,4	NA
Cuba, 2006	70,2	26,4	NA	NA	NA
República Dominicana, 2007	65,2	7,7 (E)[3]	7,1	84,9 (E)	81,1
Equador, 2004	26,4	39,6	14,7	NA	NA
El Salvador, 2008	32,8	31,4	18,7	20,6	NA
Guatemala, 2008-09	55,5	49,6	21,0	38,5	NA
Guiana, 2009	63,9	33,2	19,1	NA	NA
Haiti, 2005-06	44,3	40,7	18,8	20,3	87,4
Honduras, 2005-06	78,6	29,7	19,2	48,6 (E)	84,0
México, 2006	NA	22,3	10,4	NA	NA
Nicarágua, 2006-07	54,0	30,6 (E)	18,4	NA	NA
Panamá, 2009	NA	27,5	6,3	NA	NA
Paraguai, 2008	47,1	24,4	11,0	NA	NA
Perú, 2010	51,3	68,3	21,7	42,4	81,4 (2004-06)
Uruguai, 2006-07	60,0	57,1	7,1	NA	NA
Venezuela, 2006-08	NA	27,9	7,5	62,3	NA

[1] A definição do novo indicador para alimentação complementar pela OMS e parceiros (10) difere da usada nos relatórios da WBT*i* e está apenas disponível para os países listados.
[2] ND: não disponível.
[3] Estimado.
Outras fontes de dados de alimentação complementar: OPAS.Situación actual y tendencia de la lactancia materna en America Latina y el Caribe: Implicaciones políticas y programáticas. Em elaboração. 2012.

Figura 6. Práticas de alimentação complementar em países selecionados da América Latina e Caribe, 2003–2007



Com relação à alimentação complementar, o Peru apresentou os melhores indicadores e o Haiti os piores. Todavia, dada a importância da alimentação complementar entre 6,0 e 24 meses de idade para o crescimento saudável e prevenção da desnutrição, os poucos países que dispõem destes dados revelam uma lacuna entre as práticas reais e as ideais. O fato de que poucos países na Região têm informação sobre alimentação complementar dificulta ainda mais elaborar políticas e programas sólidos.

Conclusões

Embora os países na América Latina tenham obtido avanços notáveis com a implantação da Estratégia Global nos últimos 10 anos, é preciso fazer mais para assegurar que todos os lactentes e crianças na primeira infância se beneficiem do aleitamento materno e alimentação complementar. **A campanha deste ano da Semana Mundial de Aleitamento Materno, cujo slogan é "Entendendo o passado – planejando o futuro", comemora o 10o aniversário da Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância. Esta é uma oportunidade perfeita para renovar os esforços a fim de implantar integralmente todas as metas operacionais da Estratégia. O futuro de todos os lactentes e crianças na primeira infância, assim como o desenvolvimento econômico da América Latina e Caribe, depende disso.**

Referências

1. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. WHO. Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO; 2003.
3. Gupta R, Holla R, Dadhich JP, Suri S, Trejos M, Chanetsa J. The status of policy and programmes on infant and young child feeding in 40 countries. Health Policy and Planning 2012;doi:10.1093/heapol/czs061:1-20.
4. International Baby Food Action Network (IBFAN), Asia. World Breastfeeding Trends Initiative (WBT*i*). India: IBFAN; 2011.
5. Chaparro CM, Lutter CK. Increases in breastfeeding duration observed in Latin America and the Caribbean and the role of maternal, demographic and healthcare characteristics. Food Nutr Bull. 2010;31:S117-27.
6. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? Lancet. 2003;362:65-71.
7. Lutter CK, Morrow AL. Global trends in breastfeeding and implications for policy and programs. In preparation. 2012.
8. WHO, UNICEF, Academy for Educational Development, USAID, Africa's Health in 2010. Learning from large-scale community-based programmes to improve breastfeeding practices. Geneva: WHO; 2008.
9. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics. 2006;117:380-6.
10. WHO and partners. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 Definitions. Geneva: World Health Organization; 2008.
11. WHO and partners. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 3: Country profiles. Geneva: World Health Organization; 2010.

Agradecimentos

Esse documento foi escrito por Dra. Chessa Lutter assessor sênior de Alimentação e Nutrição da Organização Pan-Americana da Saúde para a Semana Mundial de Aleitamento Materno 2012. Também está disponível em Francês, Português e Espanhol. Estes materiais estão também disponíveis em *www.paho.org/alimentacioninfantil*.

Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Todos os direitos reservados

Para mais informações, favor contatar:
Projeto de Curso de Vida Saudável
Organização Panamericana de Saúde
525 23rd Street, NW,
Washington D.C. 20037
Website: www.paho.org
Telefone: (202) 974-3871
lutterch@paho.org

110 1902 - 2012
MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN
aecid